

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1963 - N° 259

Utilisation de la dernière anse iléale pour le cloisonnement haut du pelvis

THÈSE

présentée

*à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le vendredi 20 décembre 1963
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine*

par

GAYDON René

né le 8 mars 1932, à MEYZIEU (Isère)

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1963 - N° 259

Utilisation de la dernière anse iléale pour le cloisonnement haut du pelvis

THÈSE

présentée

*à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le vendredi 20 déc^{bre} 1963
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine*

par

GAYDON René
né le 8 mars 1932, à MEYZIEU (Isère)

Imp. Ecole Prof. Sacuny-Brignais

1963



A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MES FRERES

A TOUS MES AMIS



A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERTRAND

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous l'en remercions vivement et le prions de croire à notre profonde reconnaissance.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. GUILLEMIN

Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a toujours manifesté la plus vive sympathie et a bien voulu juger ce travail.

Nous le remercions de la confiance et de l'intérêt qu'il nous accorde. Qu'il veuille bien accepter le respectueux hommage de notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. FRANCILLON

Nous avons été son interne et avons toujours apprécié ses brillantes qualités chirurgicales auxquelles ce Maître joint des qualités humaines qui lui assurent l'attachement de ses élèves et la confiance de ses malades.

Il a inspiré ce travail. Qu'il reçoive ici l'assurance de notre respectueux attachement et de notre sincère gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BOUCHET

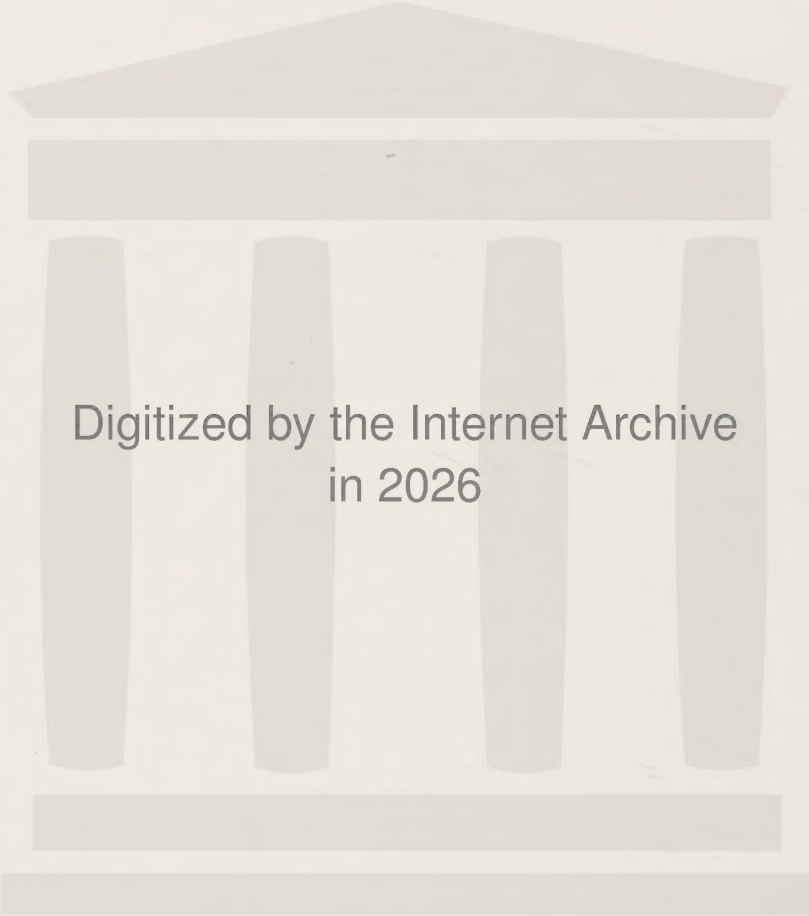
Il nous a beaucoup aidé et encouragé dans ce travail, nous accueillant toujours avec la plus vive sympathie et la plus grande simplicité.

Nous avons apprécié la variété et l'étendue de ses connaissances, la finesse de son esprit, la rigueur de son jugement.

Nous le remercions très vivement de l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'être parmi nos juges. Qu'il soit assuré de nos sentiments respectueux et dévoués.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL DE ROMANS

A NOS CAMARADES D'INTERNAT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553206_0068

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J. LEPINE : Doyen honoraire, membre de l'Institut
CIER J.-F., Doyen; MM. M. LEVRAT et L. REVOL, assesseurs

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE,
MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Physiologie A	CIER J.-F.	Parasitol. et pathol. exotique	COUDERT
Clinique urologique	CIBERT	Clinique d'oto-rhino-laryngolo-	MOUNIER-
Physique biologique	PONTHUS	gie et d'audio-phonologie ..	KUHN
	dét. à Beyrouth	Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clin. neuro-psych. et hyg. ment.	DECHAUME	Clin. derm., syphil. et allergol.	THIERS
Thér. chirur. et chirur. opérat.	ROCHET	Clinique de pneumo-phthisiologie	BRUN
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON	Clin. traumatol. des membres	CREYSEL
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER	Clinique carcinologique	DARGENT
Clinique médicale B	PAUPERT-	Anatomie pathologique	GUICHARD
	RAVAULT	Pathologie générale et expér.	GIRARD Paul
Clin. et prophyl. cardio-vascul.	FROMENT	Anatomie	LATARJET
Clinique médicale C	CROIZAT	Pathologie chirurgicale	PEYCELON
Chimie biologique et médicale	ENSELME	Thérapeutique	GIRARD M.
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY	Pathologie médicale	VACHON
Pharm. galénique et mat. méd.	REVOL	Physio-pathol. des voies respir.	GALY
Clinique gynécologie	POLOSSON	Radiologie	PAPILLON
Clinique obstétricale	PIGEAUD	Clinique les maladies infect.	JEUNE
Médecine du travail	BOURRET	Hydr. thér., clim. et écol. soc.	GONIN
Clinique médicale A	LEVRAT	Bactériologie	MONNET
Hygiène et action san. et soc.	SOHIER	Physiologie et pathol. obstétr.	BANSSILLON
Clin. méd. inf. et hyg. 1 ^{er} âge	BERNHEIM	Physiologie B	CHATONNET
Biologie méd. et pharmacodyn.	JOURDAN	Clinique endocrinologique ..	GUINET
Botanique et cryptogamie ...	NETIEN	Clinique de chirur. orthopéd.	TRILLAT
Clinique chirurgicale C	BERTRAND	Clinique stomatologique	FEIDEL
Chimie analyt. pharmaceutique	BADINAND	Clin. chir. et orthop. infantl.	MARION Jh
Pharmacie chim. et pharmac.	DREVON	Mat. méd. et légis. pharmac.	DORCHE
Médecine légale et déontologie	ROCHE	Histologie et embryologie ...	DUMONT

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Phys. nucl. appl. à la méd. .	BERGER	Professeurs en surnombre :	MM.
Bactériologie	BERTOYE	Pédiatrie et puériculture	SARROUY
Chirurgie générale	MANSUY	Climatologie	LACROIX
		Thérapeutique chirurgicale ..	GOINARD
		Propédeutique chirurgicale ..	LIARAS
		Chimie pharmaceutique	COLLET

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	ROMAN	Anatomie pathologique	FEROLDI
Pharmacie chim. et pharmacol.	CIER André	Physique biologique	MORET
Chimie organique et toxicol.	PERROT		

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Neuro-chirurgie	LECUIRE	Stomatologie	de MOURGUES
Médecine générale	REVOL Louis	Anatomie	DUROUX
Chimie biologique	CREYSEL R.	Anatomie	BOUCHET
Hygiène	THIVOLET	Thérapeutique	BRETTE
Parasitologie	GARIN	Anatomie pathologique	TOMMASI
Médecine du travail	TOLOT	Hygiène	RIFFAT
Electro-radiologie	PINET	Pathologie expérimentale ...	JOUVET
Médecine générale	DESPIERRES	Hématologie	FAVRE-GILLY
Botanique et cryptogamie ..	ODDOUX	Histologie et embryologie ...	GIROD
Chimie analytique	de SOLLIERS	Chimie analytique	MALLEIN
Médecine générale et thérap.	LEJEUNE	Chimie biologique	GRAS
Chirurgie générale	REBOUILLAT	Physique biologique	PEYRIN
Electro-radiologie	BUFFARD	Bactériologie	VIAILLIER-
Maladies infectieuses	NAUSSAC		RAYNARD
Pédiatrie	ROMAGNY	Biologie méd. et pharmacodyn.	FAUCON
		Physiologie	FLANDROIS

AGREGES EN EXERCICE

Médecine générale :
 PONT, VIGNON, PLAUCHU, TRAEGER, DEVIC,
 GARDE, PERRIN André, LARBRE, MORNEX,
 NORMAND, FRIES LAMBERT, NOËL Gilbert,
 ROBERT.

Chirurgie générale.
 MARION Pierre, MICHAUD, JAUBERT de
 BEAUJEU, SAUTOT, GUILLEMIN,
 de MOURGUES Georges, FRANCILLON,
 SAUBIER, MARET, DESCOTES, MICHOUlier.
 Obstétrique BURTHIAULT
 Obstétrique DUMONT M.
 Obstétrique GARMIER
 Oto-rhino-laryngologie GIGNOUX
 Oto-rhino-laryngologie GAILLARD

Pédiatrie et puériculture FRANÇOIS
 Pédiatrie et puériculture BETHENOD
 Dermatologie COLOMB
 Médecine légale COLIN
 Neuro-psychiatrie GUYOTAT
 Neuro-psychiatrie SCHOTT
 Ophtalmologie BONAMOUR
 Ophtalmologie HUGONNIER
 Urologie DURAND
 Electro-radiologie CHASSARD
 Neuro-chirurgie ALLEGRE
 Orthopédie FAYASSE
 Orthopédie SCHNEPP
 Pneumo-phthisiologie KALB
 Stomatologie DUMAS

Examineurs de la thèse :

MM. LE PROFESSEUR P. BERTRAND

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. GUILLEMIN

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. FRANCILLON

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BOUCHET



UTILISATION DE LA DERNIERE ANSE ILEALE POUR LE CLOISONNEMENT HAUT DU PELVIS

INTRODUCTION

La description d'une nouvelle péritonisation peut surprendre, car les procédés de reconstitution du péritoine après exérèse d'organes abdominaux ou pelviens sont multiples et de pratique courante. Dans certains cas, cette péritonisation est facile et ne nécessite aucun artifice technique pour cacher une surface cruentée, la suture des lèvres du péritoine se faisant sans difficulté et sans tension. Dans d'autres cas, l'exérèse des lésions a entraîné des dégâts plus importants à la séreuse et la reconstitution en est beaucoup plus délicate. Bien que certains opérateurs à la suite d'une exentération pelvienne par exemple, se passent volontiers de la péritonisation, la plupart du temps, pour éviter de laisser en place une source d'hémorragie, une menace d'infection, ou le point de départ d'adhérences ultérieures, le chirurgien considère la péritonisation comme une règle formelle en chirurgie abdominale ou gynécologique.

La fermeture de la brèche créée après une hémicolectomie gauche ou droite est en général assez facile, au prix d'un décollement du péritoine pariétal postérieur. Mais le problème le plus délicat est posé après une intervention pelvienne, qu'elle soit d'ordre intestinal ou génital. Dans de tels cas, si la réparation du péritoine pelvien est impossible, ou si elle est jugée imparfaite, il faut la compléter par la mise en place à l'intérieur de la brèche péritonéale, d'une greffe épiploïque libre, moyen de fortune parfois utile ; mais la préférence va tout naturellement au *cloisonnement haut du pelvis*, qui constitue une précieuse ressource, en fixant à la brèche pelvienne antérieure, la convexité du côlon sigmoïde. Cette *suture colo-vésicale* est tout à fait classique et utilisée fréquemment dans une telle chirurgie. Elle est sans difficulté et donne en général d'excellents résultats. Néanmoins, si elle est possible pour combler la brèche d'une hystérectomie totale par exemple, elle ne l'est pas toujours après exérèse du rectum avec abaissement du côlon gauche au périnée, puisque le côlon sigmoïde est tendu à l'intérieur du pelvis.

Dans de tels cas, il nous a semblé facile d'utiliser pour ce cloisonnement, non pas l'anse pelvienne, à partir de la gauche, mais la dernière anse iléale à partir du cæcum. En effet nous avons constaté que l'intestin grêle descendait très facilement avec son mésentère à la rencontre de la brèche péritonéale antérieure, et que son déroulement, au-dessus du détroit supérieur, s'effectuait tout naturellement. Il a donc paru très logique à notre Maître, le Professeur Agrégé FRANCILLON, de pratiquer en toute sécurité une *péritonisation iléale* : il l'a faite d'abord de façon non systématique, au gré des circonstances ; puis, séduit par ce procédé et par l'excellente qualité de ses résultats, il la pratiqua plus fréquemment, dès que l'étendue de l'exérèse pelvienne rendait la péritonisation difficile ou aléatoire. Il eut alors l'amabilité de nous confier ses dernières observations, où ce procédé fut utilisé, pour en faire le sujet de ce travail. Par contre, nous n'avons pu rapporter la totalité des interventions où il utilisa la péritonisation iléale, car le compte rendu n'en a pas été toujours mentionné sur le protocole opératoire.

En faisant des recherches bibliographiques, nous avons constaté que la paternité de cette technique revenait en réalité à SCALI qui, en 1953, dans sa thèse consacrée à « la péritonisation en chirurgie côlique et rectale », la citait comme moyen utilisable pour fermer la brèche pelvienne. En réalité, si les autres procédés qu'utilisait SCALI pour fermer les surfaces cruentées d'hémi-colectomie furent cités dans les traités de technique chirurgicale ultérieurs, et leurs schémas reproduits, il semble que l'utilisation d'une anse iléale pour la fermeture du pelvis ne fut pas considérée avec suffisamment d'attention, presque oubliée, ou, en tout cas, jamais reproduite depuis 10 ans. Il nous a donc semblé utile de reprendre une telle étude, à la lumière des observations du Professeur Agrégé FRANCILLON, pour essayer de donner à la péritonisation iléale, la place de choix qu'elle mérite en chirurgie digestive et gynécologique.

Dans la première partie de ce travail, après avoir rappelé les origines mêmes de la péritonisation en chirurgie abdominale, nous étudierons rapidement les différents procédés classiques utilisés pour la fermeture de la brèche pelvienne, soit pour la chirurgie gynécologique, soit pour la chirurgie côlique.

Dans la deuxième partie, nous décrirons quelles sont les bases techniques de la péritonisation à l'aide de la dernière anse grêle, en fonction d'abord des idées de SCALI, puis de l'expérience de notre Maître, le Professeur Agrégé FRANCILLON ; nous verrons la facilité d'une telle péritonisation et l'excellence de ses résultats.

PREMIERE PARTIE

LA PERITONISATION PELVIENNE

CHAPITRE I

HISTORIQUE :

Nous n'allons pas revenir sur les avantages de la péritonisation, connus de tous et, le plus souvent, non discutés, ni sur les dangers d'une péritonisation de réalisation imparfaite et ses risques d'occlusion post-opératoire ou d'infection. Associée ou non au drainage, elle est réalisée après toute exérèse pelvienne comme après chaque intervention sur un segment accolé du gros intestin.

En réalité, une telle reconstitution péritonéale n'est apparue qu'au début du siècle et il nous paraît intéressant de rechercher à quelle époque elle a été utilisée pour la première fois. Il semble que ce soit en chirurgie gynécologique qu'elle ait été imaginée, dans le but d'isoler de la cavité péritonéale le moignon septique du col utérin après une hystérectomie subtotale. En tout cas le dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales, œuvre monumentale publiée par DECHAMBRE, ne mentionne même pas dans son édition de 1887 le terme de « péritonisation ». Et ceci, pour une raison très simple : il n'existait pas.

C'est probablement quelques années plus tard que les chirurgiens décrivirent la reconstitution du plancher pelvien par adossement des péritoines antérieur et postérieur, sans doute frappés par les accidents infectieux, hémorragiques, ou occlusifs qu'entraînait la surface cruentée ainsi laissée en place. Est-ce SCHRÖDER, ou CHROBAK (1891), ou BALDY (1893) qui les premiers exécutèrent cette technique ? Il est difficile de répondre à cette question. Toujours est-il qu'ils furent à l'origine de cette idée, bientôt suivis par des chirurgiens français, et à Lyon par CONDAMAIN (1893), à Paris par CHAPUT, TERRIER puis par Pierre DELBET (1896). A cette époque, la réfection péritonéale fut appliquée de façon plus systématique et de nombreuses descriptions furent consacrées à son étude. Elle devint alors un temps

supplémentaire dans les interventions pelviennes, alors qu'elle était considérée comme inutile auparavant. Cela ne doit pas nous étonner, car la chirurgie de l'abdomen n'en était, au fond, qu'à ses débuts, et les laparotomies pour lésions gynécologiques ou intestinales étaient encore rares. C'est donc vers cette époque que naquit la péritonisation et il faut reconnaître que c'est Edouard QUENU qui en fut le grand initiateur, à partir de 1896. Il créa même le terme de « péritonisation », comme le dit son élève Henri JUDET dans sa thèse (1902), alors que jusque là SNEGUIREFF à Moscou avait parlé d'« autoplastie péritonéale » et JAYLE et BERRUYER de « péritonéoplastie ». Il en décrivit la technique plus en détail au treizième congrès de chirurgie (1899) consacré à l'hystérectomie abdominale totale.

Par la suite la nécessité de la péritonisation apparut évidente à tous les opérateurs qui n'eurent qu'à se louer de ses résultats en chirurgie gynécologique d'abord, puis en chirurgie intestinale. Très rapidement elle supplanta les techniques qui négligeaient la fermeture du péritoine pelvien et en particulier la méthode du tamponnement préconisée par MICKULICZ en 1881, ou le drainage vaginal à la gaze après les hystérectomies totales. Bien entendu la surface à recouvrir restait minime lors de l'exérèse d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome, et le péritoine antérieur, prélevé aux dépens de la vessie, se rabattait facilement sur le moignon du col utérin, à la rencontre du liseré péritonéal postérieur. Par contre, l'exérèse des salpingites ou des annexites adhérentes créait des délabrements étendus (parce qu'elle s'accompagnait la plupart du temps d'hystérectomie) et posait un problème plus difficile de réfection de la séreuse :

« L'exérèse terminée, le pelvis apparaissait sous l'aspect d'une vaste excavation dénudée dont la surface irrégulière, tomenteuse, recouverte de débris et d'exsudats, suintait sur toute son étendue » (JUDET 1902).

A la suite de tels dégâts péritonéaux, aucune reconstitution n'étant possible, Edouard QUENU eut l'idée de pratiquer la suture colovésicale : c'est-à-dire l'adossement de l'anse sigmoïde à la vessie. Dans l'immense majorité des cas, celle-ci était possible : elle reposait sur des bases anatomiques empruntées à JONNESCO (1880). Le côlon pelvien, en effet, « tombe souvent de lui-même dans le petit bassin et provoque l'idée de combler avec lui l'espace dénudé ». C'est donc à cette époque que fut pratiquée pour la première fois la péritonisation haute du pelvis au moyen du côlon sigmoïde.

Par la suite le développement de la chirurgie intestinale fit également considérer la péritonisation comme une règle impérative ; sui-

vant l'étendue de l'exérèse, elle fut pratiquée soit de façon simple en mobilisant les lambeaux péritonéaux, soit grâce à une épiplooplastie ou un accolement côlo-vésical pour la péritonisation du pelvis.

Ainsi en quelques années, vers la fin du XIX^e siècle, fut découverte la péritonisation, érigée par la suite en un dogme intangible, et vers la même époque furent décrits ses différents procédés et en particulier celui de la péritonisation haute à l'aide du côlon sigmoïde.

CHAPITRE II

I. — LA PERITONISATION EN GYNECOLOGIE

— C'est donc en gynécologie qu'a été employée, pour la première fois, la péritonisation et il est facile de le comprendre, lorsqu'on considère l'habituelle facilité avec laquelle peuvent être réunis les deux feuillets du ligament large, ce qui permet d'isoler sous le péritoine les pédicules lombo-ovariens après une castration ou une salpingectomie, ou le moignon de l'artère utérine après une hystérectomie subtotale. Quant au moignon cervical, il est facilement enfoui par la suture du péritoine vésico-utérin en avant, au péritoine du cul-de-sac de Douglas en arrière.

— Mais une telle péritonisation n'est utilisable que si la séreuse est peu altérée et si l'exérèse n'en a pas enlevé une portion trop importante. A la péritonisation basse doit donc parfois se substituer une péritonisation haute, véritable cloisonnement du pelvis, qui isole la grande cavité péritonéale en haut, du pelvis en bas, grâce à la suture de la convexité du sigmoïde au péritoine pelvien antérieur, ce qui, nous l'avons vu, avait déjà paru artifice d'exécution facile à E. QUENU au début du ^{xx}e siècle.

— Enfin dans certains cas, d'autres opérateurs renoncent à toute péritonisation, mais ils sont l'exception et nous verrons tout à l'heure qu'une telle attitude abstentionniste est parfois difficilement justifiable.

A - LES INTERVENTIONS QUI UTILISENT LA PÉRITONISATION BASSE.

1 - La péritonisation la plus simple est celle utilisée après une *salpingectomie* où un banal surjet au catgut ou au lin assure l'affrontement des lèvres antérieure et postérieure du méso-salpynx.

Un tel procédé est évidemment étendu à la péritonisation après *ablation des annexes* où là aussi, il est facile de reconstituer, le plus parfaitement possible, la séreuse ligamentaire.

Le geste essentiel consiste à enfouir en dehors le pédicule lombo-

ovarien, puis de conduire un surjet peu serré vers l'utérus en dedans, jusqu'au moignon tubaire. L'enfouissement de celui-ci est un peu plus délicat ; il est fait d'ordinaire avec soin, car, en cas de lésions infectieuses, il a été accusé soit de péritonite post-opératoire, soit de fistule par écoulement intra-péritonéal de liquide sanglant ou purulent issu de la cavité utérine. En réalité, suivant les conceptions ou les principes des opérateurs, l'attitude adoptée vis-à-vis de ce moignon tubaire est un peu comparable à la façon de traiter le moignon appendiculaire par exemple. Et, à côté de ceux qui enfouissent « à tout prix », parfois grâce à l'excision de la portion interstitielle de la trompe, il en est qui se contentent d'une cautérisation du moignon et d'autres qui cachent l'implantation tubaire sous l'attache utérine du méso-salpynx.

Un geste aussi simple que celui que nous venons de décrire doit pourtant être fait avec beaucoup de minutie, d'abord pour que soit parfaite la coaptation des lèvres péritonéales, mais aussi, pour que, sous un péritoine épaissi, enflammé ou sclérosé, l'uretère ne soit pas attiré dans le surjet, ou seulement blessé par l'aiguille. Une telle complication est rare mais elle se voit encore dans certains cas et il n'est pas inutile de la rappeler.

2 - Après résection partielle, ou sub-totale de l'utérus, la péritonisation constitue un temps important dans l'acte opératoire. C'est ainsi que dans *l'hystérectomie fundique*, LECENE et GAUDART D'ALLAINES en 1922, ont insisté sur l'utilisation du péritoine rétro-vésical et celui du pli inter-vésico-utérin, qui peut être décollé facilement et attiré en arrière, recouvrant ainsi le moignon utérin. MOCQUOT et RUDLER sont même partisans d'un geste comparable à celui qui est fait dans l'« hystérectomie pelvique » de PESTALLOZA : ils décollent largement le péritoine vésico-utérin et font basculer en avant le moignon utérin, recouvrant ainsi la face postérieure de l'organe d'un revêtement séreux qui maintient l'utérus en antéversion.

Un tel procédé est également applicable après *résection basse de l'utérus*, le péritoine vésico-utérin étant décollé puis suturé au péritoine de Douglas, recouvrant ainsi le moignon isthmique.

Mais c'est surtout après *l'hystérectomie sub-totale* que peut être décrite dans tous ses détails la péritonisation qui associe ainsi celle du col utérin et celle des deux brèches ligamentaires symétriques. Cette péritonisation est également faite à l'aide d'un surjet de catgut ou de fil non résorbable, la préférence allant à l'utilisation d'une aiguille sertie moins agressive que l'aiguille de Reverdin courbe. Dans la plupart des cas elle est pratiquée de droite à gauche, c'est-à-dire de l'aide à l'opérateur, et comprend la suture du méso-salpynx

droit avec l'enfouissement du pédicule lombo-ovarien, puis le recouvrement soigneux du pédicule utérin, l'enfouissement du col en cherchant à accrocher plus profondément le tissu musculaire de la face postérieure du col, enfin la suture du ligament large gauche. Cette péritonisation doit être faite avec beaucoup de soins car là aussi, la coudure de l'uretère est possible au début ou à la fin du surjet.

Bien que certains préfèrent la suture péritonéale à points séparés, la préférence de la plupart des opérateurs va au surjet peu serré, et lorsque le péritoine est en excès, aux points « à la LAMBERT », qui chargent largement la séreuse et adossent plus parfaitement les surfaces péritonéales.

3 - *L'hystérectomie totale* nécessite bien entendu un temps de péritonisation très minutieux. Dans les cas les plus favorables, il est possible de suturer sans tension les deux feuillets de la séreuse. Le surjet s'effectue comme dans l'hystérectomie sub-totale : il peut soit recouvrir le moignon vaginal, à l'intérieur duquel un drain est parfois laissé en place dans l'espace sous-péritonéal, soit suturer les bords antérieur et postérieur du vagin aux brèches correspondantes de la séreuse, laissant ainsi une communication directe entre le vagin et la cavité péritonéale, avec ou sans l'aide d'un drain, qui affleure la tranche de section vaginale. (J.L. FAURE)

Pour E. POLLOSSON, un des avantages de l'hystérectomie totale est justement de conserver la possibilité d'un drainage vaginal, « sous la perfection d'une péritonisation basse ».

Dans une telle éventualité, la péritonisation ne présente donc pas, à part la notion du drainage, une particularité qui la différencie de celle de l'exérèse sub-totale ou partielle.

CHARRIER et J. GOSSET ont décrit un cloisonnement bas du pelvis qui utilise, en arrière et latéralement le péritoine rectal, et en avant le péritoine vésical. Ce n'est, en quelque sorte, qu'une péritonisation « à tout prix » qui cherche à fermer les sillons latéro-rectaux et le cul-de-sac de Douglas. Elle n'est possible que si le péritoine n'est pas altéré et si la fermeture peut se faire sans trop grande tension.

La péritonisation basse doit être faite également à la fin du temps abdominal des *colpo-hystérectomies élargies par voie combinée, vagino-abdominale*. La suture du péritoine faite de chaque côté recouvre assez facilement les uretères isolés, mais au milieu, l'espace sous-péritonéal reste ouvert dans la technique classique. A l'intérieur de cette brèche, on laisse en place un drain ou une mèche qui sortira par la partie inférieure de l'incision abdominale.

A la fin d'une *lymphadénectomie pelvienne* la péritonisation est en général assez commode, si l'utérus est laissé en place, et le péritoine est facilement reconstitué au niveau du détroit supérieur.

Il en est de même après la *cellulectomie totale réglée* dans les cancers pelviens génitaux de la femme. Elle est en général exécutée sans difficulté, et comme le signale J. HUGIER, se rapproche de la péritonisation vésico-rectale que pratiquent CHARRIER et GOSSET après l'hystérectomie totale.

B - LES INTERVENTIONS QUI UTILISENT LA PÉRITONISATION HAUTE.

Dans le cas où l'exérèse gynécologique a été plus importante, et en particulier après une hystérectomie totale, à plus forte raison si elle a été « élargie » pour un cancer du col à la façon de WERTHEIM, il est parfois difficile de réaliser une péritonisation hermétique, du fait de l'absence de revêtement séreux après l'exérèse utérine. Dans de tels cas il faut alors avoir recours à une péritonisation haute et c'est le mérite d'Edouard QUENU d'avoir eu l'idée d'utiliser à cette fin l'anse côlique pelvienne et son méso.

Pourtant la technique du *cloisonnement haut du pelvis* a été décrite avec plus de détails par WIART en 1929, et on a l'habitude d'attribuer à cet auteur la paternité d'un tel procédé. Il est utilisable dans tous les cas où la péritonisation basse est impossible; il s'effectue sans difficulté, surtout dans le cas d'une anse sigmoïde longue, qui vient tout naturellement s'appliquer à la face postérieure de la vessie et fermer la partie haute du pelvis. Le surjet, ou les points séparés, vont donc fixer la convexité du côlon pelvien, de préférence sur une bandelette, au péritoine vésical et aux feuillets antérieurs des ligaments larges. La péritonisation est également effectuée de droite à gauche, le seul point délicat étant la fermeture de la gouttière ouverte en avant, située entre la face droite du méso-côlon pelvien et la paroi pelvienne, en arrière et en dehors. La persistance de cette brèche pourrait en effet créer une menace d'occlusion par engagement d'une anse grêle. On commence donc à rapprocher d'abord le méso-côlon du péritoine pariétal pelvien (par un point attribué à WIART), puis, de bas en haut, on rejoint la convexité de l'anse sigmoïde rattachée d'abord au feuillet antérieur du ligament large droit, puis sur la partie médiane, au péritoine vésical. A l'extrémité gauche, il convient également de fermer le couloir laissé libre entre la racine secondaire du méso-côlon pelvien et le pédicule utéro-ovarien, pour rejoindre peu à peu la portion accolée au côlon iléo-pelvien. La fermeture des gouttières latérales constitue en effet le seul point délicat d'une telle péritonisation, avec

le risque vasculaire qu'elle comporte au niveau du méso-sigmoïde et la possibilité d'une blessure ou d'une coudure urétérale.

C - LES INTERVENTIONS QUI N'UTILISENT PAS LA PÉRITONISATION.

Les premières descriptions faites par BRUNSCHWIG de sa technique de « pelvectomie » ou « exentération pelvienne », surprirent les lecteurs, par leur audace d'abord, car elles apparaissaient très mutilantes, et n'apportaient aux malades atteintes d'un cancer génital avancé qu'un soulagement relatif, mais aussi par le fait que le promoteur de l'intervention, la terminait *sans péritonisation*, devenue pourtant depuis le début du siècle, règle absolue en chirurgie abdominale. BRUNSCHWIG la considérait en effet comme non nécessaire, car après de nombreuses laparotomies itératives, il avait constaté la déconcertante rapidité avec laquelle se reconstituait le péritoine du bassin : « cette séreuse régénérée présente histologiquement les mêmes caractéristiques que le péritoine originel » écrivait-il en 1949. Bien plus, il la jugeait dangereuse car elle obligeait à laisser en place le péritoine pariétal du bassin habituellement envahi. Il critiquait l'extra-péritonisation pelvienne qui consiste à suturer le péritoine pré-aortique au péritoine pariétal antérieur, à la hauteur de l'ombilic, car si le premier présente une certaine résistance, le deuxième est en général trop fragile pour être suturé, et, à travers la suture précaire, peut se créer une petite brèche où l'intestin grêle s'étranglera avec la plus grande facilité.

1 - *L'exentération pelvienne antérieure ou génito-vésicale* ne comporte donc pas de péritonisation dans la technique de BRUNSCHWIG, qui se contente de laisser un drain à la partie inférieure de la plaie. Celle de DARGENT est un peu différente, car cet auteur préfère péritoniser, si cela est possible, en détachant de chaque côté un lambeau de péritoine pariétal que l'on peut suturer au bord antérieur du sigmoïde. Cependant, si cette péritonisation paraît difficile, DARGENT préfère aussi s'en passer et se contenter d'un tamponnement avec des mèches isolées ou un sac de MICKULICZ. Il a constaté en effet qu'une telle façon de faire exposait moins à une occlusion post-opératoire qu'une péritonisation imparfaite. « On ne doit reconstituer la séreuse que lorsque ce geste ne comporte aucune traction excessive. »

2 - *L'exentération pelvienne postérieure ou génito-rectale* ne pose pas de problèmes spéciaux en ce qui concerne la péritonisation, car elle n'est en somme qu'une hystérectomie élargie avec lymphadénectomie, et entre dans le cadre des interventions

que nous avons déjà étudiées. Ou alors, il s'agit d'une amputation du rectum et nous verrons tout à l'heure la technique de sa péritonisation. Dans les deux cas, la conservation de la vessie rend le plus souvent la péritonisation possible.

3 - *L'exentération pelvienne totale.* Dans une telle intervention, après une exérèse qui est à la fois vésicale, génitale et rectale, il est bien évident que le délabrement pelvien est énorme et que la conduite à tenir à l'égard d'une éventuelle péritonisation est extrêmement délicate. A ce propos il est intéressant de résumer quelles ont été les idées successives de DARGENT dans la recherche de la meilleure formule posée par ce problème. Dans un article de 1959, cet auteur rappelle que *dans une première phase*, il péritonisait « à tout prix », en ramenant le péritoine pariétal antérieur au contact de ce qui restait du méso-sigmoïde, c'est-à-dire en faisant une « extra-péritonisation pelvienne », à la manière de BOMPARD et MERCADIER. Mais nous venons de voir les risques d'occlusion, déjà signalés par BRUNSCHWIG, qu'un tel procédé entraîne. *Dans une deuxième phase*, il adopta par conséquent l'attitude de cet auteur, c'est-à-dire qu'il abandonna la péritonisation en ne fermant que les gouttières latérales hautes et en remplissant la cavité d'exérèse par de larges mèches. Néanmoins, cette technique n'empêche pas l'accolement et l'agglutination secondaire des anses grêles, point de départ d'un syndrome occlusif. *Dans une troisième phase*, DARGENT revint par conséquent à la péritonisation et eut l'idée d'utiliser une technique appliquée par BOWJDIK-BASTIANSEE au traitement des fistules vésico-recto-vaginales complexes : l'épiplooplastie à l'aide d'un lambeau du grand épiploon sectionné sur la ligne médiane, désinséré le long de la moitié droite du côlon transverse, et basculé dans le fond du pelvis, sous l'intestin grêle. Un tel procédé lui ayant donné d'excellents résultats, DARGENT y est resté fidèle ; après un abandon temporaire, il est donc revenu à la péritonisation. De même COMTE et BOTTON utilisent l'épiplooplastie si elle est nécessaire, et suturent son bord inférieur au bord antérieur du sigmoïde sur la ligne médiane, et au péritoine pariétal de chaque côté.

On voit donc qu'à la suite de BRUNSCHWIG la plupart des auteurs ont abandonné la péritonisation dans les pelvectomies, mais qu'après quelques années de pratique, ils ont jugé utile d'y revenir, après la constatation d'occlusions post-opératoires imputables à l'absence de péritonisation.

Dans une conférence faite récemment au certificat d'études spéciales de chirurgie, DARGENT a à nouveau exposé ses idées relatives au problème de la péritonisation après pelvectomie : elles ne sont pratiquement pas modifiées depuis celles qu'il émettait il y a quelques années ; pour cet auteur, trois solutions peuvent se présenter à la fin d'une pelvectomie totale : *ou bien* la péritonisation est encore possible en décollant les lambeaux séreux latéraux et en s'aidant du sigmoïde restant et de son méso, mais un tel procédé n'est utilisable que si le péritoine n'est pas trop tendu à la partie haute du pelvis, éventualité par conséquent exceptionnelle après une exérèse large.

Ou bien, aucune péritonisation n'est possible par les moyens locaux et l'on doit se résoudre, « avec répugnance », à ne pas péritoniser, ou à la rigueur à laisser en place un sac de Mickulicz, procédé malgré tout meilleur que l'abstention complète.

Ou bien peut être employée la technique adaptée de celle de Rowydik-Bastiansee, c'est-à-dire la plastie épiploïque.

Nous pourrions ajouter un *quatrième* procédé qui aurait notre faveur, car il nous paraît le plus facile à réaliser en toutes circonstances, le moins aléatoire et le plus efficace : la péritonisation à l'aide de la dernière anse iléale dont nous décrivons ici la technique.

II. — LA PERITONISATION EN CHIRURGIE COLO-RECTALE

Les problèmes de péritonisation qui se posent après exérèse du côlon pelvien ou du rectum sont un peu les mêmes qu'en chirurgie gynécologique. Ils obéissent aux mêmes nécessités : protection contre l'infection et l'hémorragie post-opératoire, prévention des occlusions secondaires. Ils participent des mêmes servitudes, c'est-à-dire qu'après une résection limitée du rectum ou du bas-sigmoïde, la péritonisation est relativement facile, alors qu'après une exérèse élargie, la suture de la séreuse pelvienne devient très délicate, voire impossible.

Enfin, certains opérateurs, à la suite de BABCOCK et de BACON, après ablation du rectum avec conservation du sphincter anal, renoncent à la péritonisation pelvienne. Le plan général d'étude que nous avons suivi dans le chapitre précédent peut donc se retrouver ici.

A - LES INTERVENTIONS QUI UTILISENT LA PÉRITONISATION BASSE.

1° - C'est après la résection du sigmoïde que la péritonisation est

évidemment la plus facile à réaliser. En effet, soit après *la colectomie intra-abdominale* avec rétablissement immédiat de la continuité, à la façon de REYBARD, soit après *la résection du bas-sigmoïde* sans rétablissement de la continuité, à la façon de HARTMANN et PAUL, il est en général facile de fermer les bords de la brèche péritonéale, qui n'est pas très importante.

En réalité, dans cette dernière opération seule, se pose le problème de la péritonisation pelvienne. Celle-ci doit être effectuée au fil non résorbable, à points séparés. Comme l'a souligné M. POUYET, elle doit être « complète, minutieuse, ne laissant aucune faille. »

En arrière, la fermeture de la brèche péritonéale nécessite quelques points de suture complémentaires, jusqu'à l'insertion du méso du bout intestinal attiré à la peau en vue de la colostomie. En effet une péritonisation incomplète peut laisser en arrière un hiatus ouvert sur l'espace cellulaire péri-rectal et peut entraîner une cellulite pelvienne secondaire.

En avant, elle est plus facile chez l'homme, car le bassin est étroit et le péritoine vésical se décolle aisément. Chez la femme, l'utilisation du ligament large et même du corps utérin, apporte une solution commode au problème de la péritonisation antérieure.

2° - Lorsque *le rétablissement immédiat de la continuité* est effectué après *recto-sigmoïdectomie*, la péritonisation constitue un véritable temps opératoire car elle doit recouvrir l'anastomose. PEYCELON et REPLUMAZ pratiquent la suture des éléments péritonéaux d'abord sur la ligne médiane, en reliant le péritoine vésical chez l'homme, ou celui des ligaments larges chez la femme, à la face antérieure du sigmoïde sous-jacent à l'anastomose. Puis il les unissent latéralement au péritoine postérieur. Ainsi, ils excluent de la cavité abdominale l'anastomose côlo-rectale séparée d'elle par une « tente péritonéale pelvienne », traversée à gauche par le drain pelvien. Un tel procédé est utilisé par la plupart des opérateurs qui reconnaissent que la péritonisation est en général facile. Elle ne pose pas non plus de problèmes particuliers si la recto-colectomie est élargie, avec évidemment aortico-pelvien contemporain, et, aux dires de CARCASSONE et RAMPAL, elle est toujours possible alors que celle de la brèche abdominale ne peut pas être réalisée en général.

3° - A la fin de *la colectomie totale*, la péritonisation pelvienne est également de règle si la continuité intestinale est rétablie par anastomose iléo-rectale. Là aussi elle est facile si les mésos ont été sectionnés au ras du côlon. Certains, ne pouvant réaliser la péritonisation lombaire, essaient tout au moins de recouvrir le pelvis.

Cette façon de faire n'est pas admise par P. BERTRAND qui estime que si la péritonisation doit être incomplète, il est préférable de ne pas l'entreprendre car les risques d'une mauvaise péritonisation paraissent plus grands que ceux créés par l'absence de suture péritonéale.

4° - Un problème identique est posé par la péritonisation après amputation du rectum. Chez l'homme, elle est en général facile à l'issue du premier temps de *l'amputation abdomino-périnéale* avec colostomie iliaque. En effet, le côlon libéré est enfoncé dans l'excavation pelvienne, en même temps que l'ampoule rectale : la brèche péritonéale a la forme d'une raquette à queue postérieure, qu'un petit surjet ferme facilement en arrière, alors qu'en avant une bourse circulaire sur la collerette péritonéale ne doit laisser subsister aucun orifice de communication abdomino-pelvienne. Il est bien évident que dans les cas difficiles, un tel procédé ne peut être employé. Aussi certains auteurs font mention de divers artifices, dont la greffe du grand épiploon, pour la compléter. En effet puisque la partie haute du côlon sigmoïde est attirée dans la fosse iliaque gauche en vue de la colostomie, elle ne peut être employée pour la péritonisation.

5° - *Chez la femme*, du fait des rapports anatomiques entre le conduit ano-rectal d'une part, et le canal vagino-utérin d'autre part, on est conduit parfois à compléter l'amputation du rectum par une colpo-hystérectomie ; par conséquent l'exérèse pelvienne étant plus large, la péritonisation en sera plus difficile.

Dans le cas où seule l'amputation du rectum est réalisée par voie abdomino-périnéale, la suture de la séreuse pelvienne ne présente, malgré la largeur du bassin guère plus de difficultés que chez l'homme. A l'absence de péritoine vésical utilisable, on supplée par la fixation de l'utérus devant le centre de la bourse, « comme une pelote sur un anneau herniaire » (J. QUENU et J. PERROTIN). Dans les cas les plus favorables, si l'utérus est de volume réduit, il est possible de le basculer en arrière et de faire passer au-dessus de lui, le péritoine vésical, à la rencontre du péritoine pariétal pelvien.

Pour des raisons de commodité opératoire, TIXIER préconisa à Lyon, en 1907, l'hystérectomie abdominale totale avant l'ablation du rectum. A l'heure actuelle, il est rare qu'une telle hystérectomie « de principe » soit pratiquée sous prétexte qu'elle donne « du jour » et du péritoine. Par contre, si l'envahissement néoplasique atteint le cul-de-sac de Douglas et le dôme vaginal, elle peut être une hystérectomie « de nécessité », telle que la proposa ALBERTIN la même année que TIXIER. Dans la technique classique, la colpo-hytérectomie

proprement dite n'est faite qu'à la fin du temps périnéal, bien que la libération de l'utérus soit réalisée au temps abdominal. Il faut donc, avant de fermer l'abdomen, refouler dans le fond du pelvis à la fois le rectum et l'utérus. Si celui-ci est de petit volume, la suture péritonéale n'est guère plus difficile que chez l'homme, mais s'il est volumineux, il est possible de pratiquer l'hystérectomie première pour faciliter la péritonisation.

Le plus souvent pourtant, dans une telle éventualité, seule la péritonisation postérieure est faite lors du temps abdominal, et la suture est poursuivie le plus bas possible jusqu'au dessous du promontoire. Elle est complétée dans le temps périnéal, par des points séparés au fil résorbable ou par un surjet unissant le péritoine vésical au péritoine pelvien. CHARRIER et BARRAYA ont décrit en 1939 une technique avec *abaissement au périnée*, où bien entendu, la fin de la péritonisation ne peut être faite qu'à ce moment puisqu'elle doit comporter la suture de la circonférence côlique à la brèche péritonéale, de la façon la plus hermétique possible. Mais ce type d'intervention, du fait de l'incontinence périnéale qu'elle entraîne, n'a pas plus de partisans à l'heure actuelle chez la femme que chez l'homme.

6° - Des problèmes analogues de péritonisation se posent dans la chirurgie du rectum avec *conservation sphinctérienne*. De telles interventions ont pour principe de conserver le sphincter anal et l'appareil sphinctérien, et supposent comme condition, l'abaissement du côlon à l'anus ou au canal anal, en lui conservant une vascularisation suffisante.

La suture colo-rectale peut être faite au-dessus du canal anal laissé intact, après résection de la portion intestinale néoplasique : elle peut utiliser soit une voie abdomino-périnéale, soit à la rigueur uniquement la voie sacrée, ou bien, le côlon peut être introduit dans le canal anal intact mais retourné au dehors (A. TOUPET).

Dans la résection par la voie abdomino-sacrée, à la façon de d'ALLAINES, la péritonisation est faite à la fin du temps abdominal, après que le sigmoïde libéré ait été tassé dans la cavité pelvienne. Elle s'effectue en commençant par fermer les angles latéraux, puis en unissant le péritoine vésical à la bandelette antérieure du côlon par un point médian. Ensuite, des points intermédiaires complètent la péritonisation ; mais il faut bien penser à placer les points de suture assez haut sur le côlon, afin de ne pas gêner l'abaissement qui sera fait au temps sacré. Dans la technique de *résection abdomino-transanale par retournement* avec abaissement systématique du côlon transverse, imaginée par A. TOUPET, et qui comprend un premier temps abdominal de libération colique, puis un temps

périnéal d'abaissement avec retournement, la péritonisation n'est faite qu'au moment d'un troisième temps, de nouveau abdominal, et fixe d'abord :

- *en dedans* : le bord libre du méso-côlon transverse à la périphérie de l'angle duodéno-jéjunal, puis au feuillet droit du méso-côlon sigmoïde jusqu'au péritoine vésical.
- *en dehors* : le bord libre du côlon au péritoine pariétal du flanc gauche, puis de la fosse iliaque.

Le plus souvent, cette péritonisation est assez facile à réaliser.

7° - Elle l'est également dans la *résection recto-sigmoïdienne par voie abdomino-périnéale* telle que la pratique SWENSON dans le traitement du méga-côlon congénital. Dans ce cas, elle est faite à la fin du temps abdominal, après l'invagination colo-rectale et suture de façon soigneuse le péritoine pariétal et vésical avec le côlon pelvien et son méso.

Comme nous venons de le voir par conséquent, dans la chirurgie du côlon pelvien ou du rectum, la péritonisation est en général réalisable au fond du pelvis. Pourtant, lorsque la brèche de l'exérèse est importante, elle devient très difficile, et le cloisonnement haut du pelvis ne peut être effectué, comme en chirurgie gynécologique, par le côlon sigmoïde, puisque celui-ci est attiré dans le petit bassin en vue de la suture colo-rectale ou de l'abaissement transanal. Nous verrons tout à l'heure la solution facile et logique qu'apporte à un tel problème le cloisonnement par la dernière anse iléale.

B - LES INTERVENTIONS QUI N'UTILISENT PAS LA PÉRITONISATION.

C'est devant les difficultés de la péritonisation pelvienne que certains chirurgiens, à la suite de BABCOCK, l'ont abandonnée, et spécialement après l'intervention qui porte le nom de ce chirurgien américain. En effet, après l'abaissement du côlon pelvien et du rectum introduits dans le canal anal dépouillé de sa muqueuse et sectionné secondairement, BABCOCK n'eût jamais d'ennuis en ne péritonisant pas les surfaces séreuses excisées dans le pelvis, et ses 500 premières opérations démontrèrent l'innocuité de cette technique, alors que régnait jusque-là le dogme de la péritonisation systématique. Par la suite, il insista avec MCCREA et TRIMPI sur le bien-fondé de sa méthode, en montrant qu'elle raccourcissait le temps d'intervention, qu'elle donnait une plus grande liberté chirurgicale dans les exérèses pour cancer, et qu'elle n'entraînait pas d'occlusion post-opératoire. Pour BABCOCK en effet, il faut avant tout envisager l'extirpation complète du cancer, et ne pas chercher à tout prix à

suturer le péritoine pelvien. En réalité, des cas d'occlusions post-opératoires, dus au défaut de péritonisation, ont été cependant signalés après des opérations de BABCOCK et BACON, avec la technique du « Pull Through » ; d'autre part, si cette intervention enlève largement la portion pelvienne du cancer, elle est peu généreuse pour l'ablation de sa portion périnéale puisqu'elle conserve le sphincter anal dépouillé de sa muqueuse.

La péritonisation serait possible et même relativement facile dans une telle opération si on la pratiquait après l'abaissement transanal, c'est-à-dire dans un troisième temps abdominal, comme dans l'intervention de TOUPET. Car pour recouvrir d'emblée la masse du côlon pelvien enfoncé dans le pelvis et non encore attiré à l'intérieur de l'anus, il faudrait beaucoup plus de péritoine que n'en peut disposer l'opérateur ; alors que, secondairement, à la fin de l'abaissement périnéal, une telle péritonisation devient, sinon facile, du moins toujours réalisable sans tension excessive.

DEUXIEME PARTIE

LA PERITONISATION A L'AIDE DE L'INTESTIN GRELE

CHAPITRE I

LA TECHNIQUE DE SCALI

C'est à notre connaissance Jean QUENU qui eut le premier l'idée d'utiliser la dernière anse iléale comme moyen de péritonisation. Dans la thèse de P. V. SCALI (1953), il exposa en détail sa technique, mais en l'appliquant surtout à la fermeture des larges décollements créés après une hémicolectomie droite ou une colectomie totale. Depuis, le procédé est devenu tout à fait classique et reproduit dans les traités de technique chirurgicale.

1) DANS L'HÉMICOLECTOMIE DROITE :

Il est en effet facile de péritoniser avec la dernière anse iléale et son mésentère, puisque le méso-côlon ascendant a été enlevé avec la pièce d'exérèse. Un surjet séro-séreux accole la face convexe de

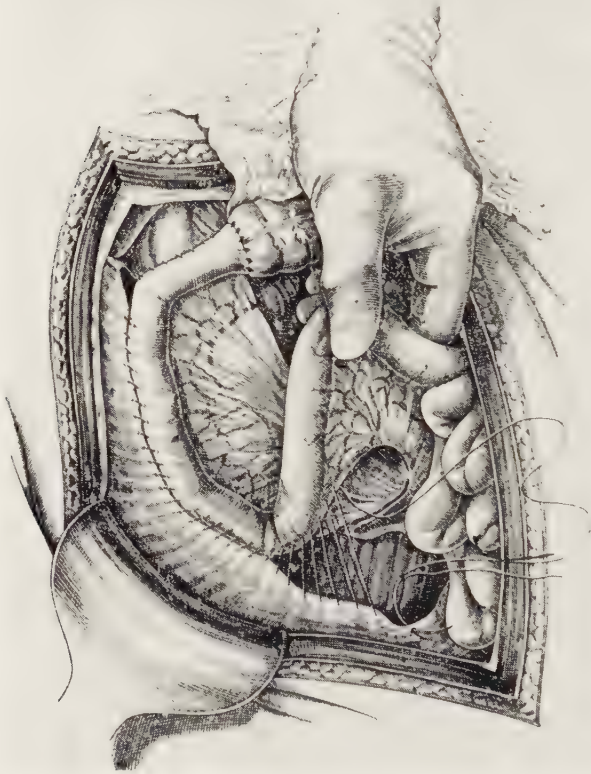


Fig. 1 — Utilisation de la dernière anse iléale
comme élément de péritonisation d'une hémicolectomie droite
(Tiré de SCALI, 1953)

l'iléon à la lèvre externe du péritoine pariétal postérieur. Comme le souligne J. QUENU, c'est « le seul moyen de terminer proprement l'opération et de mettre le malade à l'abri des adhérences et des brides occlusives pour l'avenir ».

2) DANS LA COLECTOMIE TOTALE :

La technique de SCALI utilise non plus la dernière anse iléale, mais la première anse jéjunale pour recouvrir le décollement colo-pariétal du côlon gauche. Elle fixe le bord externe de cette anse au péritoine pariétal postérieur, à la place du côlon réséqué, depuis la racine du méso-côlon transverse jusqu'à celle du méso-sigmoïde.

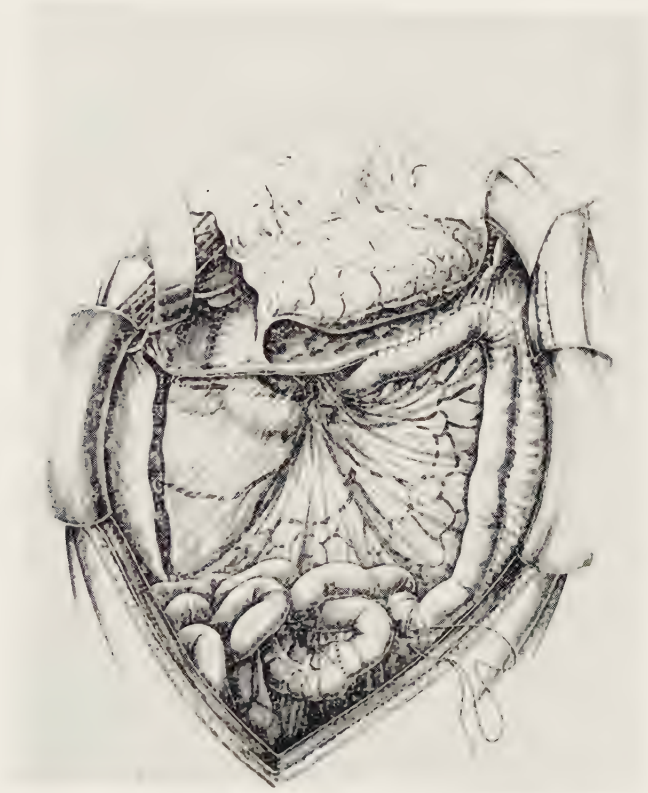


Fig. 2 — Utilisation de la première anse jéjunale
comme élément de péritonisation d'une colectomie totale
(tirée de SCALI, 1953)

Cet artifice constitue l'essentiel de la thèse de SCALI, consacrée au « *recouvrement par les anses grêles des surfaces dépéritonisées* ».

Lors des péritonisations difficiles, en chirurgie côlo-rectale, cet auteur avait également songé à la possibilité de recouvrir les surfaces d'exérèse pelvienne par la dernière anse iléale. Dans les inter-

ventions où il décrivait la péritonisation avec une anse grêle, il signalait en effet, à côté d'une colectomie sub-totale, de trois hémicolectomies droites et d'une néphrectomie gauche faite par voie intra-abdominale, un cas de tumeur villeuse dégénérée du rectum, opérée en 1938 par J. PERROTIN où, à la fin du temps abdominal de dissection du côlon et du rectum, la péritonisation avait été faite avec la dernière anse grêle, le mésentère et l'angle iléo-cæcal.

Dans ce travail, il exposait les avantages apportés par la péritonisation iléale en chirurgie côlo-rectale chez l'homme et chez la femme. En effet, les points appliqués sur la séreuse peuvent la déchirer, ou bien il peut être difficile de suturer le péritoine. Il faut donc chercher à appliquer sur la péritonisation un plan de renforcement sus-jacent, le meilleur matériel étant tout naturellement fourni par le fond du cæcum et la dernière anse iléale. L'essentiel est de conserver le plus possible la disposition anatomique initiale, c'est-à-dire d'appliquer l'anse grêle, de droite à gauche, depuis son implantation cæcale jusqu'à la partie gauche du pelvis.

« Le bas-fond cæcal affleure normalement le détroit supérieur ; un décollement généralement limité suffit à l'amener sur la brèche à recouvrir ; on peut ensuite aisément le fixer au péritoine pelvien dans cette position. Dans d'autres circonstances, il peut s'avérer plus simple de se servir de la dernière anse grêle, que l'on étale avec son méso sur la surface à consolider. Avant de la fixer dans cette position, on prendra soin de faire décrire à l'anse une courbure régulière, en évitant toute traction excessive sur le méso, toute torsion de son pied. Si un recessus important est créé par cette disposition, il sera soigneusement fermé. »

« Les deux procédés peuvent parfois être associés avec profit, l'anse grêle et le cæcum pouvant ensemble contribuer à renforcer la péritonisation. »

Ainsi SCALI définissait de façon précise les modalités techniques d'un cloisonnement haut du pelvis par le cæcum et la dernière anse grêle, analogue à celui que nous exposons dans ce travail. Pourtant, si demeura classique l'utilisation de l'intestin grêle pour le recouvrement des surfaces d'exérèse abdominale, elle tomba dans l'oubli en ce qui concerne le recouvrement des surfaces pelviennes. Peut-être les chirurgiens l'utilisent-ils cependant de façon non systématique, dans certains cas, peut-être aussi la thèse de SCALI, dactylographiée, n'eut-elle pas suffisamment de lecteurs ? Toujours est-il que depuis dix ans, ce procédé ne fut pas décrit comme moyen de péritonisation.

CHAPITRE II

TECHNIQUE PERSONNELLE

La technique que nous utilisons est voisine de celle qu'avait ébauchée SCALI. Elle réalise un cloisonnement haut du petit bassin à l'aide d'une suture iléo-vésicale, c'est-à-dire qu'elle applique la dernière anse iléale, au contact de la partie antérieure de la brèche péritonéale, après exérèse d'une lésion gynécologique ou côlique.

On est surpris par la simplicité du procédé et par la facilité avec laquelle la partie terminale de l'intestin grêle se fixe tout naturellement, de la partie droite à la partie gauche du petit bassin, depuis son implantation cœcale.

Une telle technique est utilisable aussi bien chez l'homme que chez la femme : chez le premier, la suture consiste à rapprocher la convexité iléale, du péritoine vésical. C'est donc une suture iléo-vésicale. Il en est d'ailleurs de même chez la femme lorsque le cloisonnement est destiné à recouvrir la cavité d'une hystérectomie élargie, c'est-à-dire lorsque ne persiste en avant que le seul péritoine vésical. Pourtant, dans certains cas, chez la femme, et en particulier après l'exérèse d'une lésion côlo-rectale, l'anse grêle, au lieu de s'appliquer sur le péritoine vésical, peut prendre appui plus facilement sur le fond utérin au milieu, et de chaque côté sur le méso-salpinx.

La longueur de l'anse à abaisser est variable suivant les sujets et suivant la surface à recouvrir. Elle n'est jamais très importante, vingt à vingt-cinq centimètres tout au plus. Elle descend d'autant plus facilement au contact du péritoine pelvien qu'elle s'engage habituellement avec une ou deux autres anses iléales, à l'intérieur même du cul-de-sac de Douglas.

En réalité, cette suture est sans difficulté technique et s'effectue soit par un surjet, soit de préférence par des points séparés de fil non résorbable (soie ou nylon O), espacés de dix à quinze millimètres. Le seul problème délicat est celui de la suture de la partie postérieure du mésentère au péritoine pariétal postérieur. En effet, il ne suffit pas d'appliquer l'intestin grêle à la partie antérieure du pelvis : il faut encore fermer la brèche, laissée ouverte, entre le

péritoine pariétal postérieur et l'intestin, c'est-à-dire fixer avec beaucoup de soin la partie postérieure du mésentère au péritoine pariétal postérieur en réalisant en quelque sorte une racine du mésentère supplémentaire, oblique de bas en haut et de gauche à droite, depuis la portion iléale fixée sur la partie gauche du petit bassin, jusqu'à la racine du mésentère elle-même. Ainsi sera fermée une ouverture étroite, source possible d'étranglement secondaire et, à notre avis, seul point de détail sur lequel il convient d'insister dans notre technique.

— Par conséquent, le cloisonnement haut à l'aide de la dernière anse iléale, va nécessiter d'abord un temps de suture de la convexité iléale, puis un temps de suture mésentérico-péritonéale.

1) LA SUTURE DE LA CONVEXITÉ ILÉALE. (Fig. 3 et 4)

A partir du fond du cæcum, l'anse iléale se déroule tout naturellement sur la partie droite de la brèche péritonéale. Le premier point de fixation est donc placé d'abord à un ou deux centimètres du fond cæcal. Mais il peut l'être également sur le fond cæcal lui-même si la brèche péritonéale est plus étendue vers la droite. A ce propos, se pose le problème d'une éventuelle *appendicectomie*, suivant la persistance ou non de l'appendice. Malgré les risques d'infection qu'elle peut comporter, il semble pourtant logique de pratiquer de façon systématique cette ablation, qui en elle-même ne pose bien entendu aucune difficulté ; car l'apparition ultérieure d'une appendicite aiguë pourrait entraîner des difficultés opératoires très importantes, puisque la fixation cæcale l'éloigne de la fosse iliaque droite. Par une incision de Mac Burney, il deviendrait pratiquement impossible d'extérioriser le cæcum et, de toute façon, le geste chirurgical conduirait à dissocier la péritonisation ancienne. Pour cette raison, nous sommes d'avis de pratiquer comme temps préalable de la péritonisation iléale, l'appendicectomie systématique, de préférence avec enfouissement du moignon.

La fixation de la dernière anse iléale se poursuit ensuite très simplement et intéresse d'abord la partie droite de la brèche péritonéale, dans son segment antérieur, ensuite le péritoine pariétal antérieur chez l'homme, ou bien le bord supérieur du méso-salpynx chez la femme. A partir de ce temps opératoire, où la seule précaution consiste bien entendu à repérer et à éviter l'uretère, la suture de la convexité de l'intestin grêle se poursuit très facilement de droite à gauche. Elle atteint alors la face postérieure de la vessie et devient iléo-vésicale (*fig. 5, fig. 6*). Là aussi, aucune difficulté technique ne vient interrompre la poursuite de la péritonisation, la

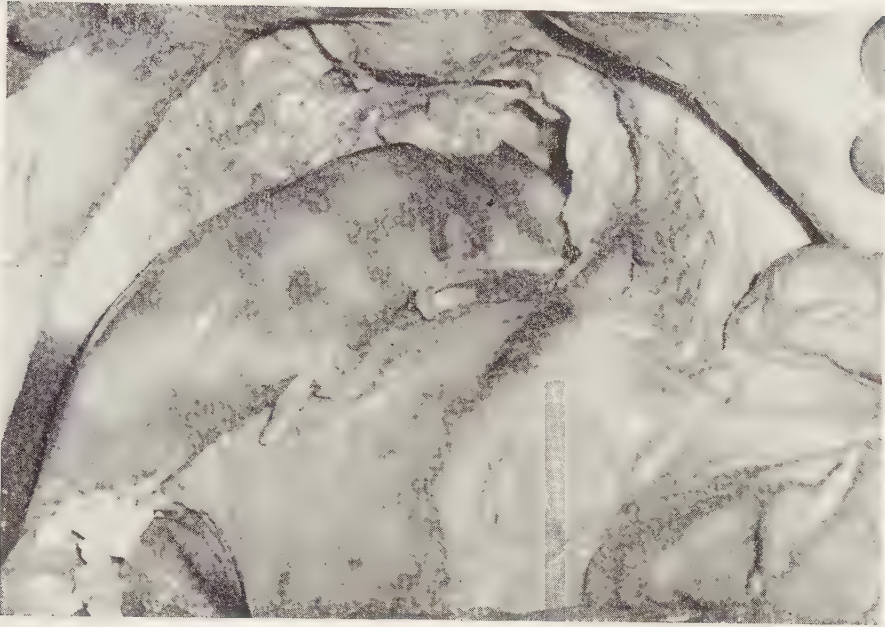


Fig. 3 — Etat de la brèche pelvienne
à recouvrir par la dernière anse iléale
(après abaissement périméal du sigmoïde chez l'homme)



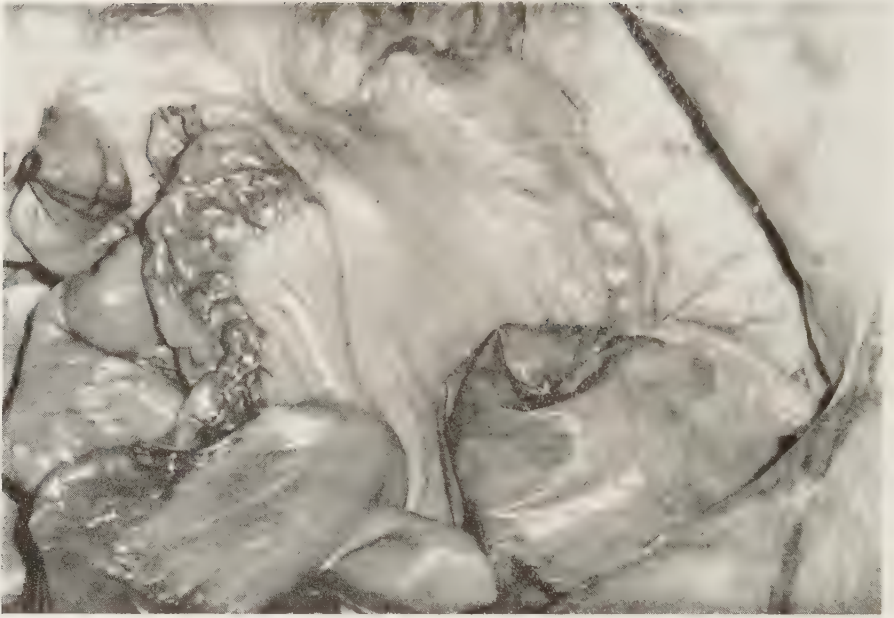


Fig. 4 — Les premiers points fixent la convexité de l'anse iléale au péritoine pariétal du pelvis, de droite à gauche, à partir du caecum



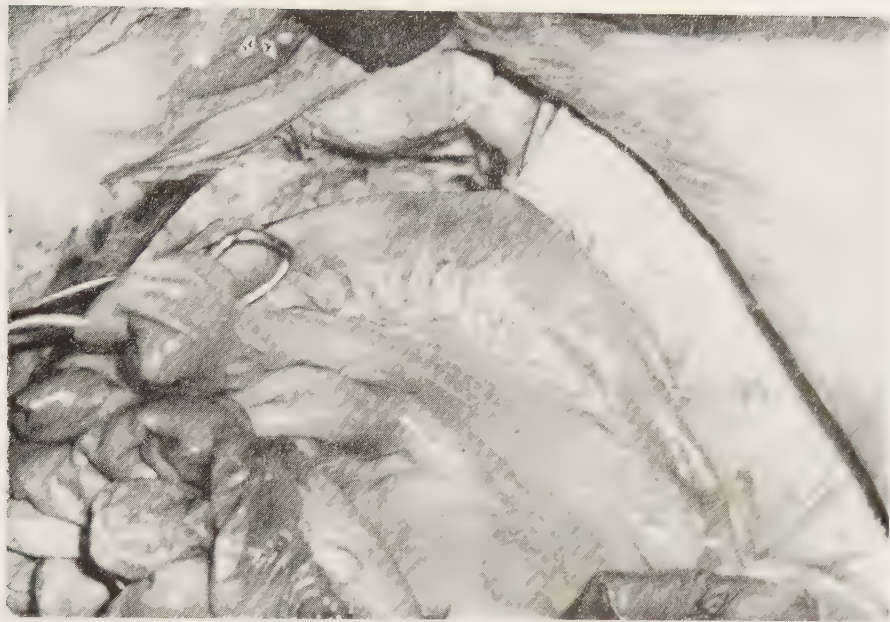


Fig. 5 — La fixation se poursuit
et va atteindre la face postérieure de la vessie



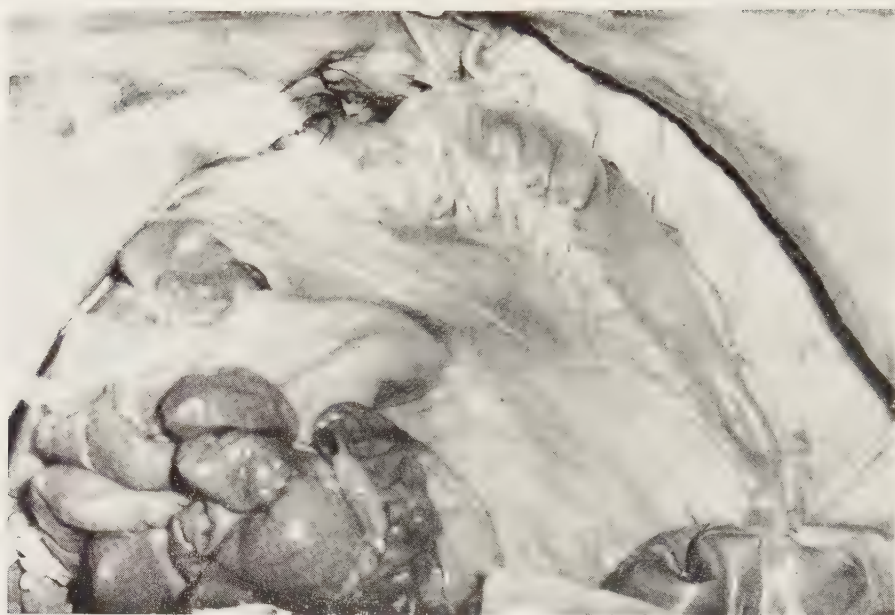


Fig. 6 — La suture iléo-vésicale est maintenant effectuée



fixation pouvant se faire chez la femme sur le fond utérin si ce dernier est encore en place. L'anse intestinale, attirant avec elle son mésentère, recouvre petit à petit le cul-de-sac de Douglas et se dirige vers la partie gauche du petit bassin. Elle rejoint à ce moment, le péritoine pariétal chez l'homme, la partie gauche du ligament large chez la femme (*fig. 7*). Peu à peu l'intestin grêle est ainsi couché littéralement avec son mésentère, et suturé à la séreuse, approximativement à la hauteur du détroit supérieur, complétant donc le toit que constitue le mésentère à la partie haute du petit bassin. A ce moment, soit que la péritonisation ait été faite après une exérèse gynécologique, soit qu'elle l'ait été après une suture côlo-rectale ou un abaissement du côlon gauche, au périnée, l'anse iléale va croiser obligatoirement le côlon iléo-pelvien ou le côlon gauche attirés dans le pelvis (*fig. 8*). La péritonisation doit donc comporter un véritable *croisement iléo-côlique* : à partir de l'angle extrême gauche de la péritonisation pariétale, l'intestin grêle doit en effet être fixé à la face antérieure du côlon terminal. Le plus souvent, un point de suture suffit pour réaliser l'union iléo-côlique, de la convexité de l'anse intestinale à la bandelette antérieure du côlon (*fig. 9*). Mais, à partir de ce croisement capital, qui achève en quelque sorte la péritonisation elle-même, les points de suture vont maintenant chercher à fermer la brèche artificiellement créée entre la face postérieure du mésentère et le péritoine pariétal postérieur, c'est-à-dire à réaliser la suture non plus sur l'intestin grêle lui-même mais sur son mésentère.



Fig. 7 — Les derniers points ont fixé l'iléon
à la partie gauche du péritoine pariétal pelvien





Fig. 8 — Le croisement iléo-colique est solidarisé par deux points qui adossent le grêle (soulevé en haut) au côlon sigmoïde (à gauche)



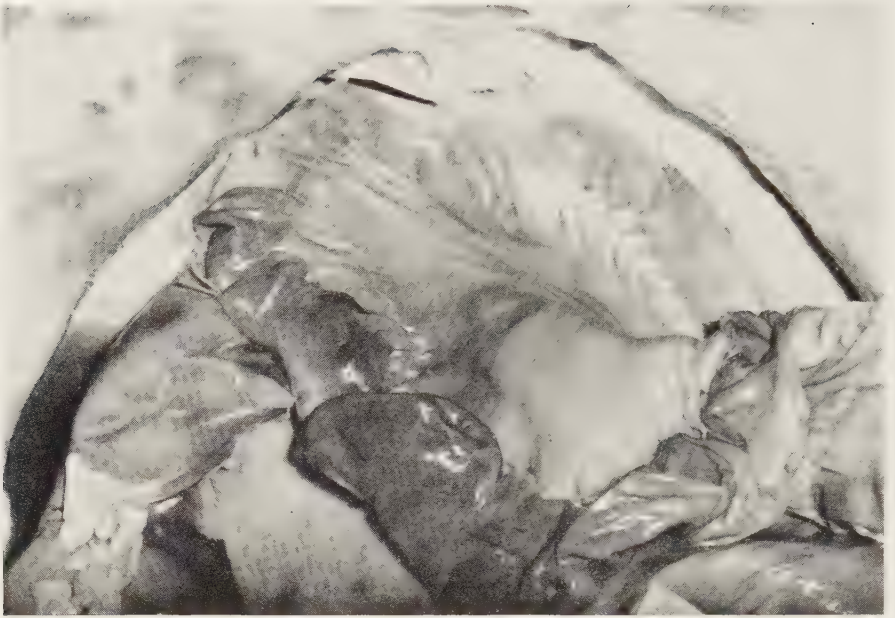


Fig. 9 — Aspect du croisement iléo-colique
après que l'anse iléale ait été rabattue contre le péritoine pariétal pelvien



2) LA SUTURE MÉSENTÉRICO-PÉRITONÉALE :

En effet, le geste qui a consisté à descendre et à fixer l'intestin grêle à la partie haute du pelvis, a en même temps entraîné le mésentère, plus ou moins bas suivant le niveau du péritoine pelvien antérieur. Il faut donc obligatoirement réaliser maintenant la fermeture de la brèche oblique en haut et à droite, ouverte ainsi entre le péritoine pariétal postérieur à la hauteur du promontoire, c'est-à-dire au-dessous de la bifurcation aortique en général, et la face postérieure du mésentère, depuis son attache intestinale jusqu'à sa racine. Sur 10 à 15 cm environ, les derniers points de fixation, toujours sous forme de points séparés et jamais de surjet, devront donc fermer hermétiquement le moindre espace, la moindre issue dans lesquels, éventuellement pourrait s'engager une anse grêle et créer une malencontreuse hernie interne (*fig. 10*).

On comprend par conséquent le danger possible de cette technique de péritonisation, et la nécessité d'appliquer avec minutie la face postérieure du mésentère sur le péritoine pariétal postérieur (*fig. 11*). Car, si les points de péritonisation iléo-vésicaux sont faciles à placer et sans inconvénient, les points de ce deuxième temps de fixation sont au contraire plus délicats et peuvent être dangereux, non pas tellement en arrière où l'aorte abdominale est à distance, mais surtout en avant, où la blessure d'un vaisseau mésentérique risquerait un grave hématome. En réalité, si les points sont placés de façon très superficielle, avec une aiguille sertie fine, et n'intéressent que la séreuse mésentérique, ils sont sans danger réel et se succèdent rapidement depuis le croisement entre l'iléon et le sigmoïde, jusqu'à la racine du mésentère. En soulevant alors l'anse iléale laissée libre et reliée à son mésentère fixé artificiellement, il est possible à ce moment-là de se rendre compte de l'existence ou non d'une brèche restante et, le cas échéant, de la fermer. La suture mésentérico-péritonéale ainsi réalisée va donc prolonger vers la gauche la racine du mésentère orientée normalement vers la région cæcale et former ainsi au-dessous de la portion verticale de la racine, une double racine oblique, en Y renversé, l'une dirigée vers la droite et correspondant à la « racine primitive », l'autre dirigée vers la gauche, c'est-à-dire vers le croisement iléo-côlique et correspondant à une « racine secondaire », artificiellement créée par la péritonisation.

De cette façon, entre le côlon descendant resté fixe, ou attiré vers le pelvis, et la racine du mésentère ainsi prolongée vers la gauche, s'établit une sorte de couloir fermé à droite par la suture mésentérico-péritonéale, limité en bas par le croisement iléo-colique et bordé à gauche par le côlon descendant. Dans ce cas, aucune issue n'est



Fig. 10 — Début de la suture mésentérico-péritonéale, effectuée de bas en haut et de gauche à droite.



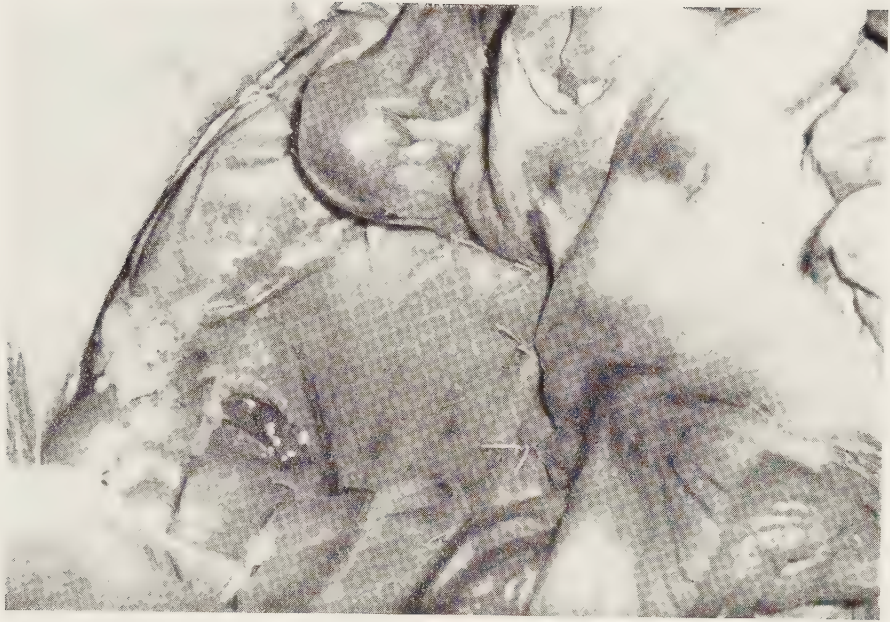


Fig. 11 — La face postérieure du mésentère
est désormais fixée au péritoine pariétal postérieur
de façon parfaitement étanche



possible pour un éventuel étranglement qui ne peut franchir la barrière iléo-mésentérique, ni à droite où la péritonisation iléale a débuté à partir de la portion fixée du cæcum, ni en avant où elle a appliqué l'intestin grêle contre le péritoine pelvien antérieur, ni à gauche où elle a fixé l'iléon au côlon, puis le mésentère au péritoine pariétal postérieur (*fig. 12*).

A la fin de la péritonisation, il est facile de s'apercevoir du caractère hermétique de cette fermeture, et, lorsque l'on rabat la partie gauche de l'anse iléale laissée libre elle-même mais fixée par son mésentère, on se rend compte de l'étanchéité créée par le déroulement progressif de l'anse grêle d'abord, puis de son mésentère (*fig. 13*). Aucune coudure, aucune striction iléale ne doivent être faites au cours de ces divers temps et le côlon gauche ne doit pas non plus être trop serré par l'anse intestinale qui le croise, risque qui nous paraît négligeable si la fixation est faite sans traction excessive.

La technique que nous venons d'exposer montre la facilité de cette péritonisation : une vingtaine de points de suture suffisent en général pour la rendre étanche. Les photos que nous avons faites font mieux comprendre les détails sur lesquels nous avons insisté ; et les suites opératoires à distance très favorables des malades à qui nous avons appliqué cette technique justifient à nos yeux son emploi, dès que l'importance d'une exérèse péritonéale rend précaire une péritonisation basse ou lorsqu'elle est jugée préférable à la classique suture côlo-vésicale.

3) INCIDENTS ET ACCIDENTS :

Il faut, pour être complet, signaler la possibilité d'*incidents opératoires*, très rares et toujours évitables si la péritonisation est faite avec soin. Ceux-ci surviennent rarement au cours du premier temps de suture de la convexité iléale, et pourraient être dûs à des points perforants au niveau de la tunique de l'intestin grêle. En réalité, des aiguilles serties fines évitent cet incident et permettent de n'accoler au péritoine vésical que la séreuse iléale.

C'est au deuxième temps de suture mésentérico-péritonéale que peut se produire la blessure d'un vaisseau mésentérique ou rétro-péritonéal, à l'origine d'un hématome dont l'hémostase peut être parfois difficile, surtout à l'intérieur du mésentère. Il est bien évident que c'est là le risque réel d'une telle péritonisation, mais, dans aucun cas nous n'avons eu à le déplorer car il peut être évité facilement en prenant les élémentaires précautions de la péritoni-



Fig. 12 — Ainsi est fermé le couloir pariéto-côlique gauche :
les anses grêles libres ne pourront que venir buter
contre le croisement iléo-côlique (en haut de la photo)



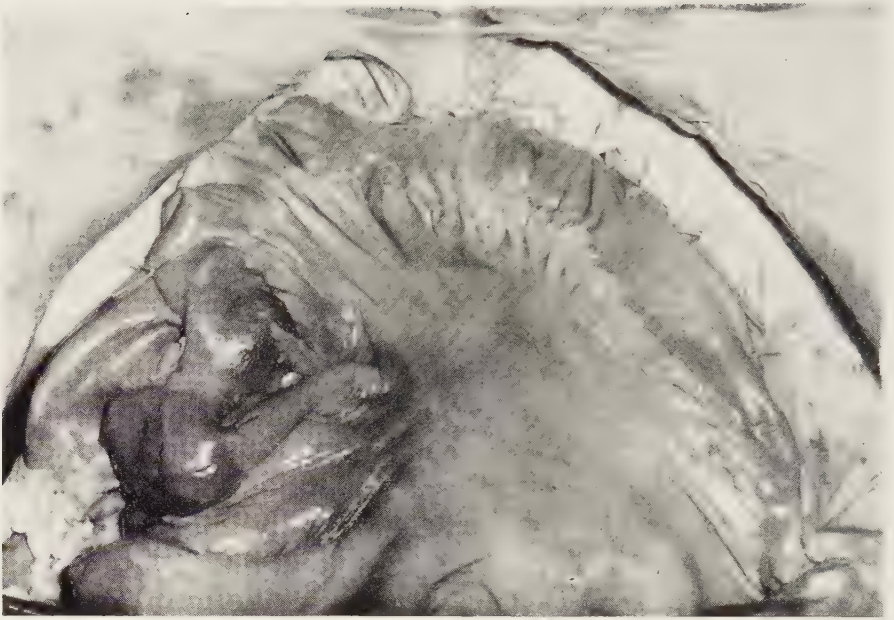


Fig. 13 — L'anse iléale est rabattue en totalité avec son mésentère et le cloisonnement haut du pelvis est définitivement achevé



sation, c'est-à-dire de n'intéresser que le feuillet séreux. La transillumination du mésentère permet également de repérer les vaisseaux au préalable, ce qui est évidemment plus difficile en cas de mésentère surchargé de graisse.

Nous n'avons pas eu non plus à déplorer d'*accidents post-opératoires* et le mérite d'une telle péritonisation est d'être résistante, efficace, ample et sans danger.

Résistante parce que la barrière qu'elle interpose entre la cavité abdominale et le petit bassin n'est pas formée d'un simple feuillet séreux mais de la totalité du mésentère et de la dernière anse grêle attenante.

Efficace parce qu'elle permet une occlusion complète de la partie droite à la partie gauche du bassin et réalise un cloisonnement haut très étanche que le poids des anses grêles sus-jacentes ne vient pas compromettre. Très rapidement, en effet, l'anse iléale, dont on connaît les facilités d'accolement, se fixe au péritoine pariétal antérieur et au péritoine vésical, et ne laisse pas de brèche par laquelle pourrait s'engager éventuellement une anse grêle.

Ample parce qu'elle recouvre largement non seulement le petit bassin lui-même, mais aussi, après la suture mésentérico-péritonéale, toute la portion inférieure et droite de l'abdomen ; ainsi, par la création d'une racine secondaire d'implantation mésentérique, elle cloisonne beaucoup plus que le pelvis ; en ménageant un couloir mésentérico-côlique gauche, elle isole aussi de l'abdomen la région du promontoire ou de la bifurcation aortique, ce qui, en matière de cancérologie, et plus spécialement après une lymphadénectomie étendue, constitue un argument supplémentaire pour justifier son emploi.

Sans danger parce que le seul risque à éviter est l'incarcération d'une anse grêle dans la gouttière mésentérico-péritonéale dont la fermeture constitue le temps important de l'intervention. En réalité, là aussi, la fixation des séreuses se fait de façon précoce et les anses grêles viennent s'étaler sur l'anse accolée et au contact du croisement iléo-côlique. Pourtant, c'est dans cette région que réside la possibilité d'une occlusion post-opératoire que nous avons eu la chance de ne jamais rencontrer. Nous estimons, encore une fois, ce danger théorique et, en réalité négligeable.

CHAPITRE III

NOS OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Monsieur Marius C..., 66 ans.

Il s'agit d'un malade en bon état général, sans antécédent particulier, qui a constaté l'apparition d'un syndrome diarrhéique depuis quatre mois, alors qu'auparavant ses selles étaient normales.

Secondairement, environ deux mois avant son hospitalisation, l'apparition d'une rectorragie de sang rouge, mêlée aux selles, l'inquiète d'autant plus qu'elle s'accompagne d'un syndrome de ténésme rectal avec épreintes. Ces émissions de sang se répètent et conduisent le malade à se faire examiner. On constate alors par le toucher rectal, l'existence d'une assez grosse tumeur implantée à la face postérieure de l'ampoule rectale, à proximité du sphincter, située à environ cinq centimètres de l'anus.

On conseille alors au malade l'exérèse de cette tumeur.

Intervention le 4 janvier 1963 (Professeur agrégé Francillon).

1°) Incision en parenthèse latéro-rectale gauche. Le néoplasme est sous-jacent au cul-de-sac de Douglas, non perçu à l'exploration abdominale. Il n'y pas de ganglion perceptible le long de l'axe mésentérique. L'intestin est assez long et se présente anatomiquement bien. On se décide pour une intervention type Bacon.

Libération poussée au niveau du pelvis, très difficile en raison de l'étroitesse et de la profondeur, mais finalement très complète, même en avant.

Libération de la gouttière pariéto-colique gauche et abaissement de l'angle sans décollement côlo-épiploïque. Section de la mésentérique inférieure au-dessous de l'émergence de la cœlique supérieure gauche. Bonne vitalité cœlique.

Péritonisation par la dernière anse iléale.

Fermeture plan par plan, Nylacap sur l'aponévrose.

2°) Temps périnéal très facile commencé à la façon de Witheadt. On pénètre très commodément dans la concavité sacrée et presque aussi facilement dans le décollement antérieur rétro-prostatique. Section des releveurs de l'anus. Abaissement du côlon sigmoïde. Ligature de l'arcade bordante. Section de l'anse abaissée au ras du périnée.

Constitution immédiate de l'anus terminal selon le procédé habituel.

L'examen macroscopique de la pièce d'exérèse donnant une certitude absolue quant à la nature de la tumeur, il n'est pas pratiqué d'examen anatomo-pathologique.

Suites opératoires simples. Le malade est revu un mois après à la consultation. Contenance sphinctérienne satisfaisante.

Pour localiser la dernière anse iléale utilisée lors de la péritonisation, on pratique chez ce malade un transit du grêle qui permet de montrer sa situation transversale à la partie haute du pelvis (fig. 14).

OBSERVATION II

Monsieur G..., 65 ans.

L'histoire clinique de ce malade est assez récente, puisque le premier signe de l'affection survient le 20 février 1963 ; à cette date le malade constate l'émission par l'anus d'une quantité assez importante de sang rouge ; cette rectorragie unique est suivie pendant une demi-journée d'un syndrome associant le ténésme rectal et les épreintes. L'ensemble de ces signes inquiète le malade qui va consulter un gastro-entérologue.

L'examen au toucher rectal est négatif, mais la rectoscopie permet d'apercevoir une petite tumeur implantée sur la partie postérieure de l'ampoule rectale, à environ une dizaine de centimètres de l'anus.

On pratique une biopsie à ce niveau, et *l'examen anatomo-pathologique* fait le 8 mars 1963, est en faveur d'un épithélioma rectal :

Deux fragments examinés sont le siège d'un épithélioma glandulaire cylindrique typique du gros intestin. La tumeur infiltre le chorion sous-muqueux. Elle comporte de nombreuses mitoses et anomalies cellulaires, le stroma est inflammatoire. (Dr Feroldi).

On conseille alors au malade l'exérèse de la lésion.

Intervention le 21 mars 1963 (Professeur agrégé Francillon).

- Incision sous-ombilicale prolongée au-dessus de l'ombilic. Extériorisation totale du grêle. A signaler quelques adhérences inflammatoires de la fin du grêle et du sigmoïde. Adiposité extrême. La tumeur n'est pas perçue.

- On commence par la section du méso et des vaisseaux, y compris la mésentérique inférieure, en avant du promontoire. La bifurcation aortique est énorme, flexueuse, très athéromateuse. On a une certaine peine à pénétrer dans l'espace pré-sacré après avoir taillé la raquette péritonéale. Au contraire, le décollement antérieur, en arrière de la vessie, se fait aisément ; cependant on ne perçoit pas la tumeur et, après exploration par toucher rectal fait par un assistant, on doit se résoudre à une rectotomie exploratrice par incision descendant jusque sur l'ampoule. La lésion n'apparaît que comme une petite zone granuleuse, à peine visible ; il semble que la biopsie ait emporté toute la lésion.

- Coupe au-dessous de cette zone et section du sigmoïde à sa partie haute. Suture bout à bout sigmoïdo-rectale par le procédé habituel.

- Péritonisation par la dernière anse iléale, sur drainage aspiré.

- Fermeture plan par plan, Nylacap sur l'aponévrose.

- Dilatation anale complémentaire.
- Envoi de la zone suspecte à l'Histologie.

Examen anatomo-phathologique (le 25-3-63) :

Le fragment examiné comporte au centre une ulcération, au-dessous de laquelle s'observe un épithélioma glandulaire cylindrique typique du gros intestin. La tumeur a détruit la muscularis mucosae, et occupe le chorion sous-muqueux, sans pénétrer dans la musculature. Sur le fragment examiné, quelques formations épithéliomateuses paraissent cependant situées à l'intérieur des lymphatiques. A côté de l'ulcération, la paroi redevient progressivement normale.

Il s'agit d'un épithélioma glandulaire typique relativement peu différencié. (Docteur J. Feroldi).

Suites opératoires très simples.

Le malade est revu un mois après, en excellent état.

OBSERVATION III

Madame B..., 69 ans.

L'histoire de cette malade remonte à un an et demi. A cette époque, apparition de mœlénas de sang rouge peu abondants mais récidivants tous les quinze jours environ, avec selles glaireuses et nombreuses. Des radiographies faites à l'hôpital de l'Antiquaille montrent qu'il s'agit d'une Diverticulite.

Il y a quatre mois, les mœlénas deviennent beaucoup plus abondants avec impression de gêne pour aller à la selle. Le médecin traitant qui, au toucher rectal, perçoit une tumeur, adresse la malade à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service du professeur GIRARD. Là, les mœlénas persistent à raison de deux à trois fois par semaine.

Depuis le mois de mai, l'état général de cette malade s'est, semble-t-il, amélioré, mais l'on note un amaigrissement progressif de 26 kilos en vingt ans. De plus, Madame B... souffre de crises de cystite persistantes malgré le traitement antibiotique, avec hématuries terminales de sang rouge. Plusieurs cystoscopies et une U.I.V. se sont révélées négatives. Malgré cela, des hématuries survenant au décours de crises de cystite tous les deux mois environ, continuent.

Devant un tel tableau clinique, et le diagnostic d'un néoplasme du rectum, petit, inaccessible à la radiothérapie de contact mais en théorie de bon pronostic chirurgical, ne faisant aucun doute, le professeur GIRARD conseille formellement l'intervention que la malade refuse. Le médecin traitant arrive à la décider à se faire opérer et elle entre dans le service du Professeur FRANCILLON.

Intervention le 8/7/63 (Professeur Agrégé FRANCILLON).

1° - Incision résection de l'ancienne cicatrice, prolongée en sus-ombilicale de façon à obtenir une cœliotomie presque totale, il existe un certain nombre d'adhérences importantes et serrées qui sont libérées au bistouri électrique sans de trop grandes difficultés.

Le sigmoïde est de petit calibre, bien vide, assez souple, la tumeur grosse comme un abricot siège exactement au Douglas.

2° - La dissection du petit bassin s'effectue dans de bonnes conditions, peu hémorragiques. A noter toutefois, qu'en raison de l'hystérectomie (pratiquée en 1938) on doit faire introduire une bougie dans le vagin, pour préciser le plan de clivage.

3° - Résection confortable au-dessus et au-dessous de la lésion, montage en points séparés, en U invaginants à la soie noire O.

Vérification de l'hémostase.

Péritonisation par la dernière anse iléale avec fermeture soigneuse de la brèche mésentérique. Un drain par orifice séparé pour aspiration pelvienne est installé. Tifomycine intra-abdominale. Fermeture plan par plan. Nylacap sur l'aponévrose.

Dilatation anale complémentaire.

Comme dans l'observation I, pas d'envoi à l'examen anatomo-pathologique, la nature de la tumeur ne faisant aucun doute.

Suites opératoires simples, la malade revient un mois après et se porte bien.

OBSERVATION IV

Madame B..., 69 ans.

Il s'agit d'une malade envoyée dans le service pour néoplasme du rectum. Ce diagnostic a été fait en fin d'un séjour d'observation dans le service du Professeur GIRARD, à la Croix-Rousse. Il s'agit d'un néoplasme petit, inaccessible à la radiothérapie de contact, mais en théorie de bon pronostic chirurgical. Le professeur GIRARD conseille formellement l'intervention et la malade se décide.

Comme antécédents chez cette malade, on note en 1933 une ovariectomie bilatérale (à la suite de laquelle la malade a fait un accident pulmonaire dont la nature exacte n'est pas précisée) et en 1938 : hystérectomie.

Depuis, cette malade n'allait pas bien, souffrant d'asthénie et de troubles fonctionnels évoquant ceux de la ménopause. On note encore à cette époque, des alternatives de diarrhée-constipation.

Il y a un an et demi, apparition par voie rectale, d'hémorragies de sang rouge peu abondantes mais récidivant tous les 15 jours environ et s'accompagnant de selles glaireuses et membraneuses. Des radiographies faites à l'hôpital de l'Antiquaille font poser le diagnostic de diverticulite.

Il y a quatre mois, les hémorragies deviennent plus abondantes et se complètent d'une impression de gêne pour aller à la selle. On fait un toucher rectal, le médecin traitant pense à une tumeur et adresse la malade à l'hôpital de la Croix-Rousse (Service du Professeur GIRARD). Là, les hémorragies persistent à raison de 2 à 3 fois par semaine. On note alors un amaigrissement de 26 kgs (mais depuis 20 ans). De plus, et malgré différentes thérapeutiques, existence de crises de cystite avec hématurie terminale de sang rouge. On pratique des cystoscopies et une urographie intra-veineuse qui se révèlent négatives. Ces crises de cystite-hématurie se produisaient tous les 2 mois environ.

On note enfin un œdème bimalléolaire des membres inférieurs. Par ailleurs tous les autres examens sont négatifs. Cette malade décide de se faire opérer.

Intervention le 8 juillet 1963 (Professeur Agrégé FRANCILLON).

- Incision résection de l'ancienne cicatrice prolongée en sus-ombilicale de façon à obtenir une cœliotomie presque totale. Il existe un certain nombre d'adhérences importantes et serrées qui sont libérées au bistouri électrique sans de trop grandes difficultés.

- Le sigmoïde est de petit calibre, bien vide, assez souple, la tumeur grosse comme un abricot siège exactement au Douglas.

La dissection du petit bassin se fait dans de bonnes conditions, peu hémorragiques. A noter toutefois qu'en raison de l'hystérectomie, on doit faire introduire une bougie dans le vagin pour préciser le plan de clivage. Résection confortable en dessus et en dessous de la lésion, montage en points séparés en U, à la soie O. Vérification de l'hémostase. Péritonisation par la dernière anse iléale avec fermeture soigneuse de la brèche mésentérique. Un drain par orifice séparé pour aspiration pelvienne. Tifomycine intra-abdominale. Fermeture plan par plan. Nylacap sur aponevrose. Dilatation anale complémentaire.

Pas d'envoi à l'examen histologique. Suites opératoires simples.

La malade revient le 18 août 1963 pour un séjour d'observation. Son état général est meilleur. Elle a grossi. Sur le plan fonctionnel, épénites et vénésines ont disparu. De même, plus d'hémorragie. Seule la constipation qui datait de plus de 30 ans, persiste comme avant l'intervention.

Au toucher rectal, on perçoit très bien l'anastomose qui semble un peu rétrécie (et qui est peut-être responsable de la constipation actuelle).

OBSERVATION V

Mademoiselle M..., 72 ans.

Syndrome d'obstruction subaiguë du côlon gauche.

Lavement baryté : sténose étendue de la partie haute du sigmoïde.

Première intervention le 31 juillet 1963 (Pr. Agr. MARION).

Grande incision médiane.

Le pelvis est bloqué par une tumeur dont l'origine semble ovarienne.

Un peu d'ascite.

Quelques granulations sur le péritoine pelvien.

Tumeurs de l'ovaire droit et de l'ovaire gauche, solides, d'aspect malin.

Le sigmoïde est bloqué par des adhérences solides. L'anse présente une sténose extrinsèque à son sommet.

Libération progressive, prudente, du sigmoïde et du rectum.

Castration gauche.

Résection de l'anse malade et suture bout à bout.

Finalement castration droite.

Au cours de cette castration, en libérant les adhérences à l'utérus, on ouvre cette cavité et on a la désagréable surprise de constater l'envahissement, ou peut-être une tumeur primitive, du corps de l'utérus.

Hystérectomie atypique. Pas de péritonisation.

Drainage vaginal, 2 drains de Redon.

Caecostomie sur tube de Paul.

Deuxième intervention le 5 août 1963 (Pr. Ag. BOUCHET).

Occlusion subaiguë de l'intestin grêle. Incision itérative sous-ombilicale. Dilatation des premières anses jéjunales. Pas d'ascite.

On dégage avec difficulté deux ou trois anses grêles qui sont engagées et fixées dans le pelvis. La séreuse intestinale, aux endroits fixés, est très altérée, mais de façon probablement réversible.

Pour réaliser un cloisonnement haut du petit bassin, et empêcher une nouvelle incarcération des anses grêles, on pratique très facilement, aux points séparés (soie O), une péritonisation à l'aide de la dernière anse iléale, en fixant le point de croisement iléo-colique au-dessus de l'anastomose réalisée dans le premier temps opératoire.

On termine en vérifiant le fonctionnement de la caecostomie.

Plan total péritoine et aponévrose au nylon.

Suites très simples : guérison rapide du syndrome occlusif.

Troisième intervention le 27 septembre 1963 (Pr. Ag. MARION).

Devant l'existence d'une sténose serrée de l'anastomose côlo-colique, dont la conséquence est la dérivation totale des matières par la caecostomie, on se décide à réintervenir. Incision itérative. Un peu d'ascite. Envahissement diffus néoplasique du mésentère, où l'on voit de multiples noyaux métastatiques, contre-indiquant toute exérèse.

La péritonisation iléale est parfaite, réalisant un cloisonnement très efficace du petit bassin. Les lésions séreuses des anses, précédemment constatées, ont entièrement disparu.

En supprimant les deux points de fixation iléo-colique de la péritonisation, il est très facile d'examiner l'anastomose côlo-colique, sténosée par envahissement néoplasique de propagation locale.

Il est illusoire de pratiquer une nouvelle exérèse, en fonction des conditions locales, de l'envahissement mésentérique, et de l'état général de la malade. On se contente de pratiquer un anus définitif aux crins, sur l'anse sigmoïde libre, en amont de l'anastomose.

Plans profonds et cutanés au nylon.

Suites immédiates simples : fermeture progressive de la caecostomie.

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET RESULTATS

A) INDICATIONS.

La première partie de notre travail a rappelé les différents types de péritonisation utilisés en chirurgie gynécologique et en chirurgie côlique pelvienne. Notre technique peut être employée très facilement à la fin de telles interventions, lorsque le délabrement péritonéal est jugé trop important pour réaliser une péritonisation basse. Bien entendu par conséquent, elle est excessive après une simple hystérectomie sub-totale ou totale, lorsque le geste le plus simple est d'accoler deux feuillets séreux placés à faible distance.

1°) En *gynécologie*, notre technique n'est à mettre en parallèle qu'avec la péritonisation haute telle que peut la réaliser la suture côlo-vésicale. Cette dernière en effet donne un excellent cloisonnement et elle a fourni les preuves multiples de sa qualité, et des résultats très satisfaisants dans la grande majorité des cas. Elle ne devient difficile que lorsque le côlon sigmoïde est trop court ou ne peut facilement être attiré à l'intérieur de la large excavation pelvienne de la femme. Ce cas est malgré tout assez rare et nous n'avons pas la prétention de lui substituer de façon systématique la péritonisation avec l'iléon. L'une et l'autre peuvent être employées suivant les cas et suivant les conditions anatomiques.

La discussion la plus intéressante, à notre avis, est celle des cas où la péritonisation est discutable, et même parfois négligée. Nous voulons parler en *premier lieu* des indications pour lesquelles R. LABRY conseillait il y a quelques années le drainage par un sac de Mickulicz sus-pubien. Celles-ci étaient dominées soit par l'impossibilité de faire une hémostase suffisante après une intervention gynécologique majeure, soit par l'existence d'une infection pelvienne sévère avec péritonisation difficile du fait de l'étendue des zones cruentées. S'il ne faut pas abandonner le drainage de Mickulicz dans les cas d'infection importante, il semble, à l'heure actuelle *que, depuis le perfectionnement de l'hémostase per-opératoire par la coa-*

gulation électrique, et surtout la possibilité d'évacuer, après l'intervention, le sang provenant de larges surfaces d'exérèse, à l'aide d'un drainage aspiratif à la façon de REDON, un tel procédé soit beaucoup moins employé et qu'il faille le réserver à des indications de plus en plus rares. Par ailleurs, l'efficacité des antibiotiques à hautes doses, mieux tolérés depuis quelques années et utilisables par voie intraveineuse, permet de juguler puis de guérir des infections pelviennes importantes que les thérapeutiques anciennes ne pouvaient faire régresser. Le drainage de Mickulicz doit être remplacé avantageusement par le cloisonnement haut, à l'aide de la dernière anse grêle, surtout si la section vaginale d'une hystérectomie totale permet de laisser en place un drainage pelvien, la plupart du temps très efficace.

En deuxième lieu, la suture iléo-vésicale peut également être employée comme couverture des larges exérèses pelviennes du type BRUNSWIG pour lesquelles la péritonisation n'est pas utilisée habituellement. Il est évident en effet qu'une telle attitude abstentionniste n'est pas sans risque et que les occlusions post-opératoires en sont, de temps en temps, la conséquence redoutable. La grande expérience de DARGENT à ce sujet l'a fait revenir à une péritonisation qu'il avait abandonnée auparavant. Et, plutôt que d'utiliser les artifices de la section du grand épiploon, dont on a vanté à bon droit la complaisance, il nous semble plus facile et moins précaire d'employer le cloisonnement haut par la dernière anse iléale qui peut s'adapter à tous les cas, à toutes les exérèses comme à tous les malades.

En somme, en ce qui concerne la péritonisation pelvienne en gynécologie, nous pensons que la technique que nous proposons peut être employée facilement :

a) Lorsqu'est envisagée une péritonisation haute, c'est-à-dire lorsqu'une hystérectomie totale a entraîné une large exérèse de la séreuse, et plus spécialement après l'hystérectomie élargie, type WERTHEIM, ou après une lymphadénectomie pelvienne dans les cas où la péritonisation basse est impraticable.

b) Lorsqu'un autre type de péritonisation est impossible, c'est-à-dire après une exentération pelvienne totale, du type BRUNSWIG, le cloisonnement par la dernière anse iléale pouvant être substitué à l'épiplooplastie, puisque de toute façon, dans de telles indications, la suture côlo-vésicale ne peut plus être employée.

2°) En chirurgie côlo-rectale, le problème est un peu semblable, avec cette nuance que, lorsque la péritonisation basse n'est pas utili-

sable, il n'existe théoriquement aucune possibilité de cloisonnement haut puisque l'exérèse du côlon sigmoïde avec ou sans suture côlo-rectale, ou l'abaissement trans-anal, ne permettent plus cette technique. Par conséquent, dans tous les cas où l'exérèse pelvienne a été large et où la suture de la séreuse n'est plus possible, la péritonisation iléale constitue une indication excellente.

Par extension, nous pensons qu'elle est souhaitable à la fin des interventions où la péritonisation est délaissée, c'est-à-dire après les exérèses rectales avec conservation sphinctérienne, du type BABCOCK. Dans de tels cas, si on ne veut pas faire d'emblée la péritonisation au temps abdominal pour sauvegarder la possibilité d'un abaissement, il serait possible de la faire, après le temps périnéal, dans un deuxième temps abdominal, à la façon de TOUPET. Mais on sait combien les changements de position au cours de ces interventions longues, ont tendance à aggraver ou à déclencher le schock. La plupart des opérateurs redoutent en conséquence ce type d'intervention qu'on pourrait appeler « en trois temps ». Peut-être le travail à deux équipes permettrait-il de trancher ce problème, mais il nécessite le personnel et l'entraînement dont ne bénéficient pas, loin de là, tous les hôpitaux.

Il nous semble logique d'employer également notre péritonisation au premier temps de l'intervention de BABCOCK, en pratiquant les sutures iléo-vésicale et mésentérico-péritonéale, comme dans notre technique initiale, mais sans fixer l'iléon au côlon pelvien lors du croisement iléo-côlique. Ainsi, il sera assez facile de pratiquer l'abaissement par voie périnéale du côlon laissé libre et coulissant facilement dans la brèche postérieure réduite de la péritonisation. Le risque de cet abaissement est évidemment d'être aveugle et de pouvoir entraîner une anse grêle, mais il est minime si la gouttière côlique est suffisamment réduite pour ne laisser passer que le côlon pelvien.

3°) *La péritonisation iléale « d'urgence ».*

Une dernière indication nous paraît intéressante à envisager : celle que nous avons utilisée dans notre observation n° 5. En effet, le chirurgien peut se trouver en présence d'un problème d'urgence lors d'une occlusion intestinale aiguë par incarceration des anses grêles soit dans une péritonisation (après pelvectomie par exemple), réalisée dans des conditions délicates et à travers laquelle s'est créé une brèche, soit à l'intérieur d'un pelvis non péritonisé comme le cas peut se présenter après une exérèse large ; nous avons exposé précédemment les modalités qui conditionnent une telle abstention.

Dans un pareil cas, le problème se pose de façon à la fois plus impérieuse et plus difficile, car il s'agit non pas de prévenir une éventuelle occlusion mais de la traiter, dans des conditions moins bonnes chez un malade en mauvais état général avec un intestin dilaté et aux parois très souvent altérées par des adhérences sérieuses. Quelles solutions seraient à la portée du chirurgien dans une telle circonstance ? Le geste le plus simple peut être seulement une dérivation temporaire comme une iléostomie. Mais, il est bien évident qu'il faut essentiellement prévenir la réapparition de l'occlusion et, pour en traiter la cause, essayer d'améliorer ou de réaliser la péritonisation négligée lors de la première intervention.

Il nous semble que, là aussi, la péritonisation à l'aide de la dernière anse iléale constitue une excellente indication, d'autant meilleure que l'on imagine mal quelle intervention pourrait à la fois ne pas être nuisible et permettre un cloisonnement parfait de la partie haute du pelvis. La bénignité des suites opératoires chez notre malade, pourant grand vieillard, en mauvais état général, sous couvert d'une cœcostomie de décharge, nous incite à en proposer l'emploi dans de tels cas, et notre procédé peut être réalisé très facilement dans le cadre de la chirurgie abdominale d'urgence.

Enfin, l'observation n° 5 nous a enseigné une autre constatation : lors de la troisième intervention qu'a subie notre malade pour une sténose secondaire néoplasique de l'anastomose sigmoïde rectale nous avons pratiqué en quelque sorte, de façon fortuite, un « second look », une vérification de la péritonisation iléale ; celle-ci nous a paru excellente secondairement et sa présence ne nous a absolument pas gêné, au prix de la simple désunion de la suture iléo-colique, pour examiner la portion du sigmoïde envahie par le néoplasme.

B) RESULTATS.

Comme nous l'avons dit au commencement de notre travail, le Professeur Agrégé FRANCILLON n'a pas signalé tous les cas où il a employé ce type de péritonisation iléale. Il ne l'a fait que dans les observations que nous avons relatées : pour cette raison, nous ne pouvons faire état de résultats très nombreux. Pourtant, dans l'immédiat tout au moins, les suites opératoires de telles interventions ont été bénignes, sans complications occlusive ou infectieuse, sans trouble anormal du transit iléal, et nous avons dans un de nos cas, pratiqué à dessein un transit du grêle pour en constater l'aspect normal, le long de la fixation pariétale et vésicale, puis au niveau du croisement iléo-côlique où aucun retentissement anormal intestinal n'est apparu (*fig. 14*).

Plus tard, il nous sera possible d'observer les résultats à distance, mais l'expérience prouve, dans les cas d'exérèse large, que si les complications occlusives doivent survenir, elles apparaissent de façon relativement précoce. Aussi, depuis que nous prenons la peine



Fig. 14 — Transit post-opératoire de l'intestin grêle
effectué chez le malade de l'observation n° 1
pour repérer l'anse iléale utilisée comme élément de péritonisation

de mentionner de manière systématique les cas où nous employons la péritonisation iléale, dans le protocole de nos interventions, nous pensons, dans quelques années, pouvoir, sur une statistique importante, en déduire les multiples avantages. Notre travail est surtout destiné à décrire une technique et nous avons pensé qu'il était inté-

ressant de l'exposer, avant de l'avoir appliqué à un grand nombre d'interventions. Néanmoins, bien que le Professeur Agrégé FRANCHILLON ne se soit pas inspiré directement des idées de SCALI pour imaginer ce procédé, il nous faut, pour terminer, remercier l'élève de J. QUENU d'avoir songé à elle dans sa thèse inaugurale, d'en avoir décrit les modalités, et d'en avoir prévu les mérites.

CONCLUSIONS

- 1°) Les différents procédés de péritonisation ne permettent pas toujours de pratiquer la suture de la séreuse et doivent faire utiliser, dans certains cas, le cloisonnement haut du pelvis à l'aide de l'anse sigmoïde.
- 2°) En chirurgie gynécologique, après les exérèses étendues, ce cloisonnement haut peut, le plus souvent, être réalisé. Par contre, en chirurgie côlo-rectale, lorsque l'anse iléo-pelviennne est attirée vers le périnée, plutôt que d'utiliser une péritonisation basse sous tension ou l'artifice d'une greffe épiploïque, il nous semble préférable d'employer la péritonisation avec la dernière anse iléale.
- 3°) Nous proposons notre technique en chirurgie gynécologique, à la fin des larges exérèses pelviennes dont l'étendue est maxima après la pelvectomie totale ; et en chirurgie côlo-rectale, lorsque la suture de la séreuse n'est plus possible, ou au cours d'un abaissement trans-anal du sigmoïde à la façon de BABCOCK, qui néglige d'ordinaire toute péritonisation.
- 4°) L'idée d'une telle péritonisation revient à SCALI, qui l'avait imaginée en 1953, mais l'avait surtout adaptée à la péritonisation des hémicolectomies droite et gauche. Nous proposons de l'employer pour isoler le pelvis de l'abdomen. La technique que nous décrivons consiste à pratiquer d'abord la suture de la convexité iléale, de droite à gauche, puis après le croisement iléo-côlique, la suture mésentérico-péritonéale, pour fermer la brèche laissée libre entre le mésentère et le péritoine pariétal postérieur. Ainsi, nous évitons l'occlusion post-opératoire.
- 5°) Nous décrivons trois observations où notre technique a été employée et nous analysons les indications d'une telle péritonisation.
- 6°) Bien que nous n'ayons pas le recul suffisant pour étudier les résultats tardifs, la qualité des résultats immédiats nous engage à employer cette péritonisation dans la plupart des cas où la péritonisation basse doit être abandonnée.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAINES (F d') : Traitement chirurgical du cancer du rectum. 1 volume, Paris, Flammarion édit., 1946.
- BACON (H.E.) et TRIMPI (H.D.) : Cancer du rectum. Ligature de l'artère mésentérique inférieure à son origine, avec dissection du groupe lymphatique régional correspondant. *Ann. de Chir.*, octobre 1955, 10, 650.
- BACON (H.E.) et CRÉA (E.M.) et TRIMPI (H.D.) : A critical appraisal of the extension of radical operation for rectal cancer. *The Jour. of the int. college of surgeons*. Déc. 1951, vol. 16, n° 16, 694-705.
- BERRUYER : Du drainage du péritoine après laparotomie pour lésions utéro-annexielles et de la péritonéoplatie pelvienne. Thèse Paris, 1901.
- BERTRAND, FRANCILLON, SAUBIER, GILBERTAS : Sur le traitement du cancer recto-sigmoïdien et en particulier sur la résection côlo-rectale par voie abdominale. *Lyon-Chirurgical*, T. 51, n° 5, juillet 1956, 568-574.
- BOUILLY (G.) : A propos de l'hystérectomie abdominale totale. 13^e congrès de chir. Paris, 1899, F. Alcan, édit., 74-79.
- BRUNSCHWIG (A.) : Le traitement chirurgical systématique du cancer du col utérin. Résultats datant de cinq ans. *Mém. Acad. de chir.* 1953, (Rapport de G. Ménégaux), 453-460.
- BRUNSCHWIG (A.) : « L'exentération pelvienne ». Indications, technique, résultat. *S.H.P. Ann. de chir.*, 29^e année, 18 octobre 1953, 10, 403-410.
- BRUNSCHWIG (A.) et DANIEL (W.) : Résultats de 315 pelvectomies. *Ann. de chir.*, avril 1955, 4, 251.
- CARCASSONE (F. et M.) et RAMPAL (M) : La rectocolectomie élargie avec évidemment aortico-pelvien contemporain. *Mém. acad. de chir.* (Séance du 28 nov. 1962), T. 88, n° 30-31, 897-900.
- CHARRIER (J.), BARRAYA : Amputation abdomino-périnéale avec hystéro-colpectomie dans le cancer du rectum. Indications. Technique. Résultats. *Jour. de chir.*, mars 1939, T. 53, n° 3, 322-343.
- CHARRIER (J.) et LOYGUE (J.) : Quarante cas de cancers du rectum traités selon le procédé de Babcock. Sem. Hôp. Paris, 18 juillet 50, *Ann. de chir.*, n° 53.
- CHAUMETON (J.-Cl.) : Résultats de l'hystérectomie subtotale haute avec conservation ovarienne dans les fibromes utérins. Thèse Lyon, 1956, Bosc frères, imp., 59 pages.
- COMTE et BOTTON : Les pelvectomies dans le cancer du col utérin. *Jour. de chir.*, mars 1954, 70, 217.

- DARGENT (M.) : Le traitement chirurgical des cancers cervico-vaginaux envahissant la vessie et l'urètre. Indications et résultats de l'exentération pelvienne antérieure. *Lyon Chir.*, nov-déc. 1955, T. 50, n° 8, 917-933.
- DARGENT (M.) : Pelvectomies pour cancer gynécologique avancé (exentération partielle ou totale). Rapport de M. P. MOULONGUET. *Mém. de l'acad. de chir.* 1954, 80, 832-849.
- DARGENT (M.) : L'exentération pelvienne pour cancers gynécologiques en phase avancée. *Ann. chir.* 1959, vol. 13, n° 5-6, 267-280.
- DARGENT (M.) : Limites, valeur et indications des exentérations pelviennes pour cancers gynécologiques. (Conférence pour le certificat d'études spéciales de chirurgie du 13-12-62). *Lyon Chir.*, 59, n° 3, 1963, p. 462, p. 475.
- DECHAMBRE (A.) et LEREBOUILLET (L.) : Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Paris, 1887, Masson, édit.
- DELBET (P.) : De l'ablation abdominale des annexes sans ligature préalable. 10^e congrès de chir., Paris, 1896, 915-921.
- DUROUX (P.E.) et BOSSY (J.) : Physiologie normale et pathologique de péritoine. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. 2032. A 30., 1-3.
- FRANCILLON (J.) et FERNOUX (H.) : A propos de différents modes de drainage dans la chirurgie recto-sigmoïdienne par voie haute. *Lyon Chir.*, Mai 1957, n° 3, pp. 451-453.
- GROSS (M.) : Hystérectomie abdominale totale. Résultats d'une série de 82 observations. 13^e congrès de chir. Paris. 1899, F. Alcan, édit., 120-183.
- HUGIER (J.), CERBONNET (G.) et SCALI (P.) : Premiers essais de cellulectomies totales réglées dans les cancers pelviens génitaux de la femme. *Mém. de l'acad. de Chir.* Séance du 18 juin 1958, T. 84, n° 20-21 613-618.
- JUDET (T.H.) : De la péritonisation dans les laparotomies. Thèse, Paris 1902.
- LABRY (R.) et DUROUX (P.E.) : L'hystérectomie totale haute, avec conservation ovarienne dans les fibromes utérins. *Lyon Chir.*, sept. 1962, T. 58, n° 5, 759-763.
- LABRY (R.) et NEUMANN : Indications actuelles et résultats du drainage à la Mickulicz en chirurgie gynécologique. *Lyon Chir.*, octobre 1954, T. 49, n° 7, 864-869.
- LAZARD (F.) et NADAL (M.) : Les possibilités offertes par les évidements pelviens dans les cancers avancés. *Ann. de chir.* 29^e année, n° 6, 18 juin 1953, 214-217.
- MICHEL (R.), BÉCHET : Atlas de techniques chirurgicales. Les grandes techniques. Paris, G. Douin et Cie, édit., 1958.
- MOCQUOT (P.), RUDLER (J.-C.) et PALMER (R.) : Traité de technique chirurgicale (organes génitaux de la femme). T. 5, 2^e édit., Paris, Masson et Cie, édit., 1956.

- PEYCELON (R.) et REPLUMAZ (P.) : Sur la recto-sigmoïdectomie par voie abdominale pour cancer. *Lyon chir.*, juillet 1956, T. 51, n° 5, 624-629.
- PEYCELON (R.) et REPLUMAZ (P.) : La recto-sigmoïdectomie pour cancer par voie abdominale avec rétablissement de la continuité, technique, résultats, indications. Sem. hôpitaux Paris, *Ann. de chir.*, sept. 1956, 32^e année, n° 9, 783-795.
- PEYCELON (R.), REPLUMAZ (P.) et JEGOUY (Y.) : A propos de la recto-sigmoïdectomie pour cancer. Statistiques homogènes de cent cinquante-cinq cas. *Lyon-chir.*, juillet 1962, T. 58, n° 4, 481-494.
- QUENU (M.) : De l'hystérectomie abdominale totale. 13^e congrès de chir., Paris, 1899, F. Alcan, édit., 63-74.
- QUENU (J.) et CAUCHOIX (J.) : Notes sur l'opération de Hartmann d'après 25 cas. *Jour. de chir.* 1944, T. 60, n° 5-8, 97-105.
- REDON (H. et LECOUR (J.) : Les pelvectomies. *Rev. de chir.* Juill.- août 1955, n° 7-8.
- SANDLER (Y.) : Contribution à l'étude du drainage et de la péritonisation après l'hystérectomie pour fibrome. Thèse, Paris, 1938.
- TOUPET (A.) : Technique de résection du rectum abdomino-transanale par retournement sans anus préalable avec abaissement systématique du côlon transverse. *Jour. de chir.* Janv. 1950, T. 66, n°1.
- TRIMPI (H.D.) et BACON (H.E.) : Etude clinico-expérimentale des surfaces dénudées dans les opérations étendues du côlon et du rectum. *Am. J. Surg.* 1952, 84, 596-602.
- WIART : Hystérectomie totale pour fibrome ou salpingite. *Jour. de chir.*, juin 1929, T. 33, n° 6, 769-780.

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	11
PREMIÈRE PARTIE. <i>La péritonisation pelvienne</i>	13
Chapitre I. — Historique	13
Chapitre II. — I. La péritonisation en gynécologie	17
A) Les interventions qui utilisent la péritonisation basse...	17
B) Les interventions qui utilisent la péritonisation haute...	20
C) Les interventions qui n'utilisent pas la péritonisation...	21
II. La péritonisation en chirurgie colo-rectale.	23
A) Les interventions qui utilisent la péritonisation basse...	23
B) Les interventions qui n'utilisent pas la péritonisation...	27
DEUXIÈME PARTIE. <i>La péritonisation à l'aide de l'intestin grêle</i> ..	29
Chapitre I. — La technique de Scali	29
1) Dans l'hémi-colectomie droite	30
2) Dans la colectomie totale	31
Chapitre II. — Technique personnelle	33
1) La suture de la convexité iléale	34
2) La suture mésentérico-péritonéale	43
3) Incidents et accidents	46
Chapitre III. — Nos observations	51
Observation I	51
Observation II	52
Observation III	53
Observation IV	54
Observation V	55
Chapitre IV. — Indications et résultats	57
A) Indications	57
B) Résultats	60
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65
TABLE DES MATIÈRES	69

